This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.
+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.
+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.
+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at http://books.google.com/

BOSTON

MEDICAL LIBRARY

8 THE FENWAY

ARCHIVII ITALIANI

DI

LARINGOLOGIA

ANNO XX - 1900

BOSTON MEDICAL
MAR 29 1912
LIBRARY.

CATALOGUED
MAR 29 1912
J. F. B.

ARCHIVII ITALIANI
DI
LARINGOLOGIA
PERIODICO TRIMESTRALE

Premiato due volte dal Consiglio Superiore e con due medaglie di bronzo al Congresso Medico di Perugia (1885) ed a quello di Pavia (1887)

FONDATO E DIRETTO

dal Dott. **FERDINANDO MASSEI**

Specialista per le malattie di naso e di gola
Professore Straordinario di Laringojatria nella R. Università
e Socio Ordinario della R. Accademia Medico-Chirurgica di Napoli

REDATTORE

Prof. ALESSANDRO TRIFILETTI

Coadiutore della Clinica Laringojatrica di Napoli

CON LA COLLABORAZIONE

di distinti cultori di Laringologia e Rinologia

CONDIZIONI DI ASSOCIAZIONE

Si pubblica un fascicolo di pagine 48 in 8°, ogni tre mesi, cioè in Gennaio, Aprile, Luglio ed Ottobre.

L'abbonamento è obbligatorio per un anno e costa L. 5 per l'Italia, L. 6 per l'Estero: pagamento anticipato.

Un fascicolo separato L. 2. Per le annate arretrate, prezzo a convenirsi.

Il miglior mezzo per abbonarsi è quello di spedire vaglia postale al professore MASSEI, in Napoli, Piazza Municipio, 4.

Il talloncino vale come ricevuta.

I vecchi associati che non disdicono l'abbonamento e sono in regola coi pagamenti, s'intendono riconfermati per l'anno seguente.

Per le inserzioni a pagamento sulla copertina e l'acquisto della intera collezione del Giornale, dirigersi egualmente al prof. MASSEI.

ANNO XX - 1900

NAPOLI
STAB. TIP. FRANCESCO VELARDI & C.°
Largo Trinità Maggiore, 20

PARTE ORIGINALE

BOSTON MEDICAL MAR 1912 LIBRARY.

Istituto di Laringojatria della R. Università di Napoli
diretto dal Prof. Ferdinando Massei

Ricerche sperimentali sui bulbi olfattivi

pel Dott. GIULIO MARTUSCELLI, Preparatore (1)

(con tavole)

Signori.

A meno di incorrere nel richiamo della presidenza, mi sarebbe stato impossibile fare la esposizione dettagliata dei miei esperimenti: ne dirò quel poco che basti a chiarir bene il concetto del lavoro; tanto più vi sono costretto, perchè trattasi di studii da me pel primo messi in atto nel campo della rinologia.

Io mi occupo da gennaio u. s. e cioè quasi da un anno, delle seguenti ricerche: **del modo come rispondono alle varie manovre, e di diversa intensità, le vie olfattive.**

Ho sperimentato, sinora, su oltre trenta cavie e su parecchi conigli; con toccamenti all'acido tricloracetico in soluzione satura, con scucchiajamenti e causticazioni all'ansa candente o col ferro rovente, della mucosa olfattiva. Come vedete, di questa serie di ricerche si interessa pur anco la clinica, che viene, così, a conoscere quale dei precedenti trattamenti, su detta regione, riesca più dannoso alla conservazione dell'olfatto, purchè lo si intende bene, applicato generosamente. Mi restano ad eseguire i preparati di una diecina di bulbi, e di quelli asportati ai conigli su cui ho studiato il modo di comportarsi della funzione olfattiva, prima dello esperimento, immediatamente dopo, e nei giorni successivi (2). Per tali ragioni,

---

(1) Comunicazione fatta al IV Congresso della Società Italiana di Laringologia, Otologia e Rinologia tenuto in Roma. Ottobre 1899.

(2) Questi conigli furono operati d'ambedue le narici.

non emetterò, oggi, ipotesi, non trarrò conclusioni: mi riserbo di farlo, di qui a non molto, a lavoro compiuto.

La funzione dell'olfatto (1), voi lo sapete egregiamente, si compie per una catena di neuroni; dei quali trovansi, il centrale, nel bulbo, il periferico, nella Schneideriana. La cellula nervosa sensitiva della mucosa olfattiva, manda, attraverso la lamina cribrosa etmoidale, il prolungamento cilindrassile; la cellula mitrale (che trovasi nella zona interna dello strato medio del bulbo), emette, tra gli altri, un grosso prolungamento dendritico, che attraversa tutto lo strato medio; ed a livello dello strato fibrillare, si sfiocca in arborizzazioni, le quali si pongono in contatto con quelle del neurite periferico; costituendo, così, i glomeruli olfattori o papille di Broca. In tale guisa, e per tali vie, è trasmessa ai centri la sensazione olfattiva. Ora, distruggendo, con mezzi chimici, o di altra sorte, parte di questi neuroni periferici, era giusto supporre che ne avrebbero risentito la influenza i rispettivi neuroni centrali; tal quale, come, stimolati fisiologicamente i primi, vi rispondono, normalmente, gli ultimi. Il che ho rinvenuto.

Ho detto di aver eseguito le mie ricerche su numerosa serie di animali: ciò m'è parso doveroso, sia perchè non avevo da riscontrare lavori precedenti su tale tema (e quindi non avevo una traccia già bella e fatta); sia perchè, quantunque avessi rinvenute, nei primi preparati, le più svariate lesioni nelle cellule nervose, pure volli la conferma di più reperti, non parendomi giusto di enunciare fatti riscontrati appena in pochi esperimenti.

Gli animali furono tutti operati da una stessa narice; ciò mi permise di non andare errato nella scelta del bulbo corrispondente alla narice lesa. In alcuni, sentirete che vi sono partico-

---

(1) Il bulbo olfattivo è costituito da quattro strati, i quali sono (da fuori in dentro):

1°) lo strato fibrillare (tav. 1.ª, fig. 1.ª *d*); formato da fibre amidollari che staccansi dal bulbo per discendere nella mucosa nasale.

2°) Lo strato glomerulare (ibid., *e*); risultante dalle arborizzazioni (*k*) dei neuriti periferici (fig. 2.ª *b*), e dei dendriti delle mitrali (fig. 1.ª, *i*).

3°) Lo strato medio (fig. 1.ª *f*), o gelatinoso di Klarke, nel quale, nel mezzo di una nevroglia abbondante, vi sono rare cellule fusiformi o piramidali (fig. 1.ª *g*). Nella zona interna (*h*) di questo strato, si trovano disposte in serie le cellule piramidali.

4°) Lo strato interno o delle granulazioni, al centro del quale rattrovasi la cavità del bulbo.

lari così lievi, che soltanto col confronto dell'altro bulbo fu possibile rilevarli.

E quì cade in acconcio di richiamare la vostra attenzione su di un altro fatto. Cioè che ho rinvenuto pure, quasi sempre, lesioni apprezzabili nel bulbo, diciamo così, non operato.

Ne vien di conseguenza l'indagare come si siano prodotte: se per contiguità di tessuti (lesioni della mucosa olfattiva della narice opposta, attraverso il setto), o per le vie centrali, cosa che io penso più ragionevole: in tal caso, indagare quale di esse sia stata la propagatrice della lesione nel bulbo che sarebbe dovuto apparir sano. Se sia stata portata per la commessura interbulbare (formata dalle fibre ad ansa), o per il chiasma olfattorio; il che si potrà studiare, notandone la ubicazione comparativa nei due bulbi, come nei centri.

Ma allora devieremmo affatto dal tema odierno: ho voluto semplicemente accennarlo, e poichè mi trovo il materiale già pronto, sarà opportuno di ritornarvi sopra deliberatamente, formandone oggetto di altra comunicazione.

Lasciai vivere quasi tutti gli animali da 4 a 14 giorni; alcuni morirono poche ore dopo l'operazione od il giorno seguente una cavia (operata di causticazione all'ansa candente) la riope-rai, ugualmente. in capo ad una settimana, e poi la tenni così per un mese e mezzo, per vedere se fosse stata possibile una *certa restitutio ad integrum* delle parti lese; in contrario, di quanto fosse aumentata la distruzione degli elementi nervosi.

Non appena asportati i bulbi con gli emisferi cerebrali, ne fissai alcuni nella soluzione osmio-bicromica; altri, in alcool assoluto. I primi li passai nella soluzione argentica al 0,75 $^0|_0$, e, poi, all' 1,0 $^0|_0$, pel metodo di Golgi; gli altri inclusi in paraffina e tagliati in serie, e li colorai alla Nissl o alla ematossilina (1).

(1) Una modifica di colorazione che risponde come quella alla Nissl (e da me tentata) è la seguente:

1° Colorazione a caldo (come al solito) in bleù di metilene cng. 40
Sapone veneto (amigdalino) . . . . . . » 20
Acqua distillata . . . . gr. 100

2° Breve lavaggio in alcool a 90 $^0/_0$.

3° Lavaggio sino a differenziazione netta della colorazione in alcool a 90 $^0/_0$, parti 90. Soluzione acquosa satura di carbonato di litina parti 30 — m. — e filtra. — Alcool assoluto, xilolo balsamo.

Vi si può aggiungere — senza che il preparato perda di nettezza — la doppia colorazione all'eosina.

Ho fatto a meno di altri metodi e di altre colorazioni, nel che mi sono strettamente attenuto al parere, più volte emesso, dai più riputati istologhi del sistema nervoso.

Dato, così, un rapido sguardo al concetto che mi ha guidato ed all'andamento ch'io ho seguito nel lavoro che vi presento, passiamo a descrivere, sommariamente, le principali lesioni riscontrate, e in quest' ordine :

1) quelle osservate
a) nel protoplasma
b) nel nucleo
c) nel nucleolo
d) nei prolungamenti delle cellule mitrali ;

2) nei glomeruli e complessivamente :
a) negli animali operati con l' ansa candente
b) » » » » l' acido
c) » » » » lo scucchiajamento.

* * *

Il contorno cellulare, nei preparati alla Golgi, si presenta completamente sformato, distrutto, nei bulbi appartenenti agli animali trattati con l' ansa candente. Voi vedete da queste figure (v. tav. 2.ª, fig. 7 e 8) come le cellule acquistino i più strani aspetti. Si presentano erose, deformate e scontinuate nel loro corpo, come nei prolungamenti.

Non è così il reperto negli altri due casi, come risulta da quest' altro disegno (v. tav. 2ª, fig. 3ª, 4ª e 5ª,). Negli animali trattati con l' acido, voi potete riconoscere che l' aspetto delle mitrali è più o meno conservato. Solo si notano pochi vacuoli e sinuosità nel loro contorno. Meno importanti le lesioni nelle cavie operate con lo scucchiajamento.

Il protoplasma cellulare, nei preparati alla Nissl, mostra particolari interessanti: invero, vedete disegnate alcune cellule (v. tav. 3.ª, fig. 12 a 16) ove tutta la sostanza cromatica ha preso un aspetto polverulento, mentre che è situata verso un lato della cellula e quasi sempre verso il prolungamento cilindrassile.

Il contorno cellulare, nel punto ove la sostanza cromatica è diradata, non si riesce sempre a discernere. Di più, si notano vacuoli, come nei preparati alla Golgi, Ciò riguarda gli esperimenti con l' ansa candente. Negli animali trattati con scucchiajamento, possiamo sorprendere delle fasi, per così dire, ini-

ziali. Infatti, qui riconoscete soltanto una certa omogeneizzazione della sostanza colorabile. Quasi sempre, però, è conservata la forma ed il contorno cellulare. Il nucleo è leso notevolmente solo negli animali operati con l'ansa. In questi, il suo contorno si presenta fortemente ondulato, sì da sembrare che spicchi tanti tentacoli. Alle volte è assai impiccolito. La sua sostanza cromatica, sempre in questi bulbi, è rarefatta; talora disposta come a raggi attorno al nucleolo, che vi fa da centro; altrove si accantona ad un punto o piglia anch' essa aspetto polverulento. Alcuni ne sono affatto sprovvisti. Il contorno nucleare è rotto in altri; tale scontinuità corrisponde sempre al punto in cui è la rarefazione del contenuto cellulare.

Sempre eccentrico, molte volte s'adagia proprio sul limite della cellula. Negli altri casi, le distruzioni del nucleo sono meno gravi. Si tratta di lievi sinnosità del suo contorno, omogeneizzazione della sostanza cromatica, e così via.

Il nucleolo è quasi sempre conservato; pure eccentrico come il nucleo. Raramente si rinviene senza reliquie del primo.

I prolungamenti presentano tutte quelle forme descritte dai numerosi autori che si sono occupati di esperimenti sul sistema nervoso. Astraendo da quelle su cui vi è tuttora controversia, se siano prodotto delle manovre di tecnica o vere lesioni patologiche, ho rinvenuto l' apparenza dell' atrofia varicosa e lo spezzettamento con scomposizione dei frammenti, nelle prove con l'acido, e più con l'ansa candente.

L'aspetto tortuoso, a cavatappi, ecc., io l'ho frequentissimamente rinvenuto; ma questo è uno dei punti controversi di cui poco fa parlai.

Quanto ai glomeruli, li ho rinvenuti solo nelle serie di esperimenti con lo scucchiajamento e con toccamenti con l' acido. Da uno dei bulbi pertinenti ad una cavia trattata in quest' ultima maniera, ho ritratto un disegno (tav. 2.ª, fig. 1.ª).

I glomeruli sono ancora, in parte, visibili; ma la loro continuazione, sia col neurite (*b*), come col dendrite (*a*) dei due neuroni, non più esiste; e questi neuriti e dendriti son ridotti a frammenti di prolungamenti: frammenti essi pure spezzettati e scontinuati nella loro direzione.

Nella cavia trattata due volte con le causticazioni all' ansa candente, non rimane poi alcun vestigio d' elemento nervoso: pochi e rari residui di prolungamenti, che attraversano la zona media dello strato medio del bulbo, ci attestano che un tale

fatto è conseguenza della operazione, non di cattiva impregnazione nei sali di argento.

Così pure nella mucosa nasale.

Di modo che, lasciando da parte ipotesi e conclusioni di qualsiasi genere, possiamo soltanto confermare per oggi, sul fondamento degli esperimenti, che si ha un crescendo nelle lesioni delle cellule nervose dei bulbi, il quale va di conserva con la entità delle stesse.

Quì giova dire del risultato delle ricerche (quanto a funzione olfattiva) su quei conigli; ora; l' olfatto s' è ripristinato prima nello operato col cucchiaio, poi in quello con l' acido, e da ultimo e parzialmente, nell' operato con l' ansa candente.

E' importante, quindi, por fine a questa breve esposizione col notare che, anche le manovre meno intense, portate sulla mucosa olfattiva, hanno dato luogo a lesioni delle cellule mitrali, sempre rilevabili all' esame microscopico (1).

---

(1) Completate le ricerche sui bulbi olfattivi, posso ora riassumere, sotto forma di conclusioni, il risultato di tutti gli esperimenti. Le lesioni testè descritte si seguono sempre allo stesso modo, in tutti gli animali sacrificati: cioè lievi in quelli operati col cucchiaio, assai intense in quelli causticati con l'ansa candente. La causticazione al ferro rovente sta per intensità e per forma di lesione tra i toccamenti con l'acido e quelli con l'ansa candente. L' aspetto varicoso costituisce da solo la caratteristica delle lesioni nei bulbi della 2ª serie: in quelli della prima (ansa candente la distruzione delle mitrali è più importante della forma varicosa dei prolungamenti, che pure vi si rinviene.

Ma anche nei bulbi degli animali operati di scucchiajamento si rinvengono, nei preparati alla Nissl, delle cellule che ripetono i caratteri di quelle del 2° gruppo. Sono però rare, e bisogna cercarle con accorgimento: il tipo d'ogni lesione, per le diverse manovre eseguite, è quello che è stato già descritto.

Quanto all'aver trovato leso il bulbo corrispondente alla narice non operata, è da ascriversi, come avevo già intuito, a propagazione per le vie centrali. Ciò vien dimostrato dall' esame delle mucose olfattive degli animali operati. Infatti, se in corrispondenza della narice operata si trova distrutto tutto lo strato epiteliale e parte del sottomucoso della schneideriana, dal lato opposto, non operato, si osservano completamente normali i neuroni periferici (tav. 1.ª, fig. 3.ª). Nè pare a me che queste lesioni cellulari siano (come mi fu domandato) l' effetto di una fase infiammatoria; più di tutto, il confronto con quelli di bulbi sani, fa vedere l'assenza della medesima. Circa poi lo stabillre se siano, queste lesioni, temporanee o durature, dirò solo che una cavia, operata di causticazione all' acido tricloracetico, uccisa oltre due mesi dopo la operazione, presenta quasi uguale reperto delle altre trattate con l' acido, ed uccise dopo otto giorni. Per (decidere su questo punto, è necessario lasciar vivere ancora del tempo qualche animale operato; ma è lecito ammettere che se non completa nei casi non trattati intensamente), sia possibile una parziale reintegrazione del'e cellule nervose.

ADDIZIONE

Questo lavoro era già stampato, quando mi giunse il *Bollettino* del prof. Grazzi (n.° 12, anno 1899) con la relativa recensione.

Comincio dal far notare che il prof. Grazzi stesso me ne chiese il riassunto; e quindi un sentimento di giusta modestia mi impose di descrivergli, per sommi capi ed in poche parole, i miei esperimenti. Ora egli, onorando il mio lavoro di sue considerazioni, cade in apprezzamenti che io non posso accettare.

Gli animali non furono maltrattati, sibbene operati con *ogni cautela, tenendo sempre conto* della piccolezza delle loro cavità nasali. Ciò si rileva perfettamente dal mio lavoro. Ed io pel primo, riportandomi alle applicazioni sull'uomo, ho scritto (e dissi al Congresso) « PURCHE' LO SI INTENDE BENE, APPLICATO (il trattamento) GENEROSAMENTE ».

Se la *macula lutea*, nella cavia e nel coniglio, si aggredisce facilmente, fu appunto questa la ragione per dare la preferenza ai detti animali negli esperimenti. È mestieri, e dirò meglio è ovvio, per produrre (probabilmente sempre) uguali lesioni anche sull' uomo, cadere sulla regione olfattiva. Chi ha mai sognato di asserire il contrario?

Relativamente al fatto se siano lesioni diffuse con processi flogistici al bulbo (osservazione fattami dal prof. Gradenigo e che il Grazzi ora fa sua), io mostrai al chiarissimo Maestro i miei preparati: ed allora egli convenne con me che appunto *mancava* una dichiarata fase infiammatoria. Pel resto, rimando alla lettura del mio lavoro.

SPIEGAZIONE DELLE FIGURE (1)

TAV. 1.ª FIG. 1.ª *Sezione di bulbo normale di cavia* Ingrand. Zeiss $\frac{3}{D\ D}$

d) strato fibrillare.
e) strato dei glomeruli
f) strato medio con
g) la sua zona media e
h) la sua zona intima
i) dendrite
k) arborizzazioni formanti i glomeruli

etm etmoide (schematico) Zeiss $\frac{3}{DD}$

» » 2.ª *Mucosa olfattiva normale*
a) neuroni periferici
b) loro neuriti
c) mucosa sezionata iu tutta la sua spessezza

» » 3.ª come nella fig. 2ª Questa sezione è della mucosa olfattiva opposta a quella operata, in una cavia, con causticazioni all'acido tricloracetico.

TAV. 2.ª FIG. 1.ª Bulbo di cavia trattato con l'acido. Ingrand. Zeiss $\frac{3}{A}$

» » 2.ª Mitrale del bulbo di coniglio operato con l'acido, vista ad ingrandimento Zeiss $\frac{3}{D\ D}$

» » 3.ª Neuroni centrali di bulbo di coniglio scucchiajato nelle due narici.

» » 4.ª 5.ª e 6.ª Altre mitrali di bulbi appartenenti ad animali trattati con l'acido (Zeiss $\frac{3}{D\ D}$)

» » 7.ª e 8ª Mitrali di bulbi di cavie trattati con l'ansa candente.

» » 5.ª cellula con vacuolizzazione.

» » 5.ª e 8.ª (*a*) Spezzettamento dei prolungamenti, con scomposizione dei frammenti.

---

(1) Queste figure coi rispettivi preparati furono esibiti al Congresso.

fig 1ª

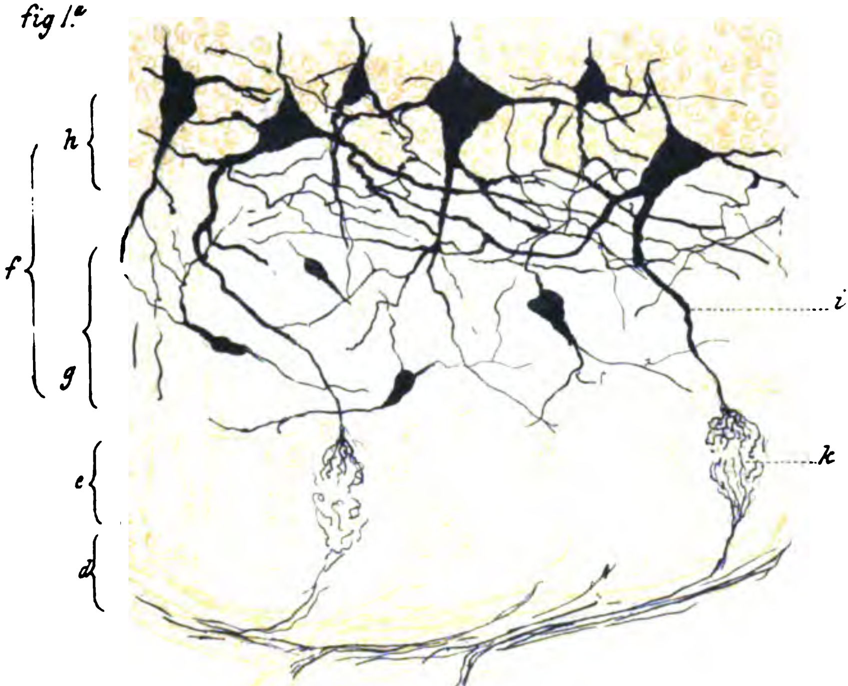
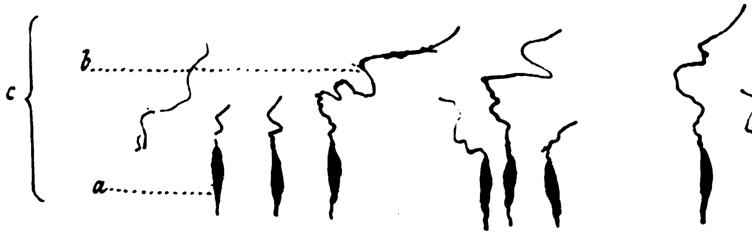


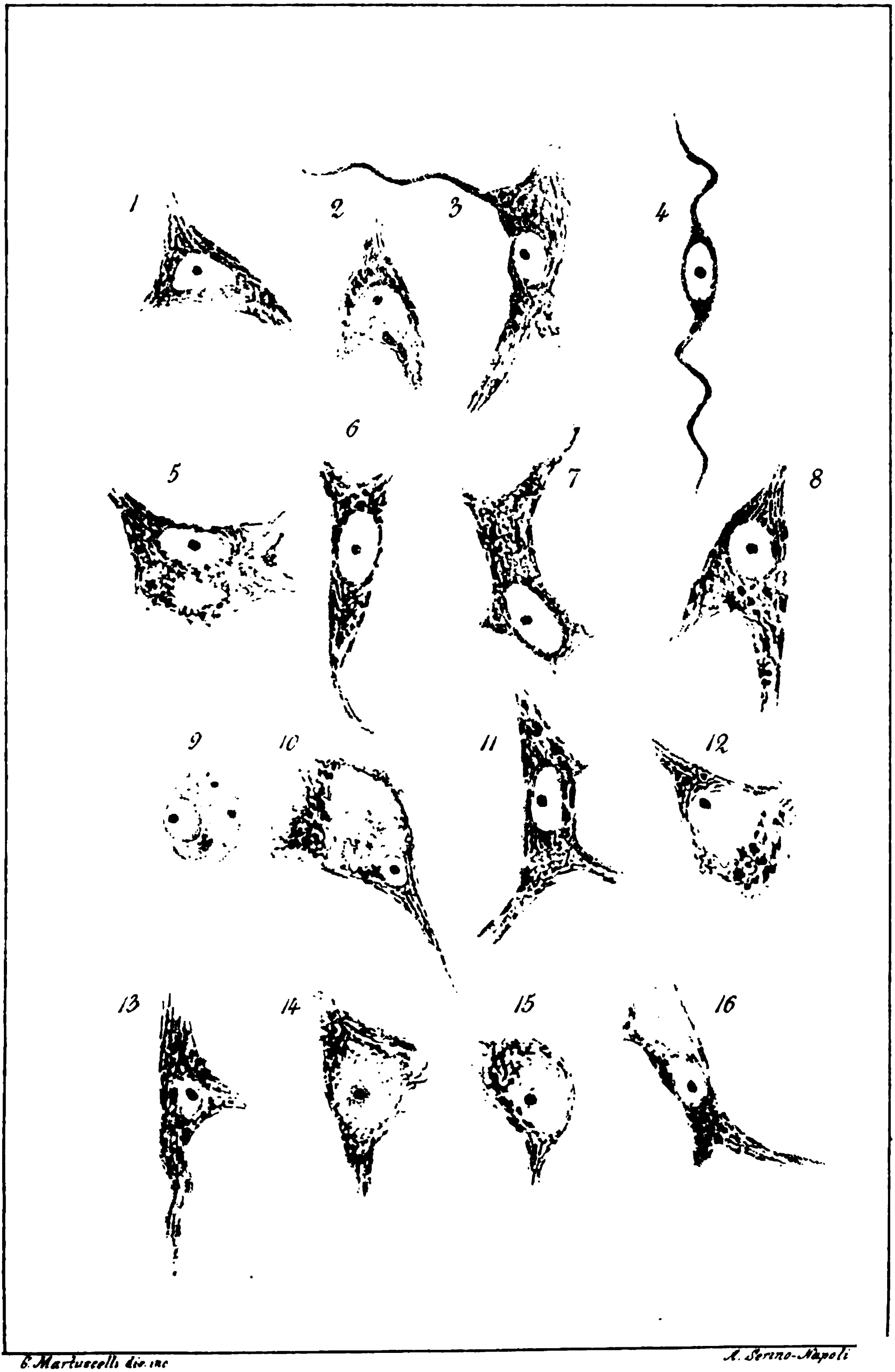
fig. 2ª

fig. 3ª



G. Martuscelli dis. inc. A. Serii

G. Martuscelli dis. e inc. A. Seri.



G. Martuscelli dis. inc. A. Serino - Napoli

TAV. 3.ª FIG. 1.ª a 4.ª Cellule mitrali di bulbi di conigli operati di scucchiajamento—Fig. 3 e 4 aspetto a cavatappi dei prolungamenti.

» » 5.ª a 11. Cellule mitrali di conigli operati di causticazione con l'acido tricloracetico.

» » 5. Cellula con vacuolizzazione

» » 9.ª e 10.ª rarefazione del protoplasma cellulare — Fig. 6, 7 e 4, incipiente rarefazione della sostanza nucleare.

» » 10.° Nucleo assai piccolo.

» » 12 a 16. Mitrali di bulbo di coniglio operato con l'ansa candente

Varie fasi di distruzione del nucleo.

Tubercolosi vegetante del naso

Studio clinico ed istologico

pel dott. G. PROTA (*)

La tubercolosi delle fosse nasali è un' affezione abbastanza rara, e la forma primaria, senza lesione dei polmoni, più di rado ancora si riscontra.

Difatti, Willigk (1) sopra 476 autopsie di tubercolotici ritrovò una sola volta la tubercolosi della mucosa nasale, e Weichselbaum (2) fra 164 necroscopie la riscontrò in due casi appena.

In parecchi trattati di patologia, alquanto antichi, non si fa accenno alla possibilità di una infezione tubercolare della pituitaria, mentre altri autori credono che molte riniti ulcerose, nei soggetti scrofolosi, possano essere di natura tubercolare, come confermò Volkmann (3) che, in certe corizze scrofolose, con estese ulcerazioni, facendo l'esame dei pezzetti escissi col raschiamento, potè assodare trattarsi di tubercolosi miliare.

Gli autori più recenti, infine, ammettono come forme estremamente rare le ulcerazioni tubercolari del naso.

Il primo a pubblicare un caso di tubercolosi nasale fu Willigk; poi vennero le osservazioni di Riedel (4), Tornwaldt (5), Sokolowski (6), Juffinger (7) ecc. — Schaeffer e Diettrich (8), nel 1887, in un lavoro sui tumori tubercolari del naso ne riportarono sei nuovi casi.

Nell' istesso anno Cartaz (9) riunì in una monografia 18 osservazioni sparse nella letteratura, relative ad affezioni tubercolari del naso, compreso un caso da lui osservato. Nel 1889, Hajek (10) raccolse 27 casi di tubercolosi nasale, ed Olimpitis (11) nel 1890 ne riunì 39. Dionisio (12), riferendo, nel 1892, due casi di tubercolosi del naso da lui osservati, eleva a 64 i casi fino ad allora pubblicati.

(*) Comunicazione fatta al IV Congresso della Società Italiana di Laringologia, Otologia e Rinologia tenuto in Roma, Ottobre 1899.

Chiari (13), in un lavoro del 1894, cita 21 osservazioni di soli tumori tubercolari del naso.

L'anno scorso fù da noi osservato, nella clinica del professor Massei, un tumore del setto che all'esame istologico venne riconosciuto per lupus (14).

Da questi pochi dati statistici si rileva la poca frequenza della tubercolosi della mucosa nasale, e si nota pure che le relative pubblicazioni sono andate aumentando negli ultimi anni, grazie ai perfezionati metodi d'indagine, cioè mercè l'aiuto dell'esame istologico e batterico. Se tale ricerca venisse praticata metodicamente, in talune lesioni del naso alquanto dubbie, le osservazioni di tubercolosi delle fosse nasali, certamente, sarebbero più numerose.

Avendo avuta l'opportunità di studiare un caso tipico di tubercolosi nasale sotto forma vegetante (tubercoloma), di ambedue le fosse nasali, nel quale la diagnosi clinica è stata pienamente confermata dall'esame istologico, ho creduto farne argomento della presente comunicazione, tanto più che, finora, nell'inferma, non vi sono lesioni polmonari e l'esame batterico dell'espettorato, varie volte eseguito, è stato sempre negativo pei bacilli tubercolari.

***

Il giorno 13 marzo di quest'anno, venne alla Poliambulanza Partenopea (*) la giovane Antonetta Granato, di anni 17, nubile, da Napoli, per curarsi di disturbi nasali, che da vario tempo la affliggevano.

Racconta di aver sofferto spesso catarro nasale, che da un anno a questa parte era aumentato ed erasi accompagnato a scolo muco-purulento, e poi lentamente vi si era aggiunto un impedimento alla libera respirazione.

Da 8 mesi è sopraggiunta completa ostruzione nasale; la inferma ha notato che le due fosse nasali, anteriormente, erano otturate da masse carnose, sporgenti, fino a livello delle narici, e che tutto il naso, in tal modo, erasi deformato, divenendo tumido, grosso, come zaffato da tali neoformazioni, con rossore diffuso della cute del dorso e del lobulo.

(*) Nel Reparto Oto-rino-laringojatrico diretto dal Prof. Trifiletti, di cui sono ajuto. Le ricerche sperimentali sono state eseguite nell'Istituto di Laringojatria, dopo che presentai l'inferma al Prof. Massei.

In tali condizioni mi si presenta, ed all'esame rinoscopico noto, oltre la deformità del naso sopradescritta, le due narici occupate da masse polipose, bernoccolute, di colorito roseo più o meno carico, di consistenza duro elastica, della grandezza di un cece fino a quella di una nocella. Alcune peduncolate, ma con larga base d'impianto, altre sessili, poco sanguinanti, inserite ai due lati del setto cartilagineo, sul pavimento delle fosse nasali e nell'unione di questo col setto, ove si notano in maggior numero.

Ambo le narici ne sono occluse, in modo che si ha completa ostruzione, e l'inferma respira per la bocca, che tiene semi-aperta abitualmente.

Le masse carnose si presentano lisce, alcune più grosse, isolate; altre più piccole, aggruppate, così da avere l'aspetto di una mora, ma in nessun punto ulcerate. Poca secrezione muco-purulenta e niente epistassi.

Le coane sono pervie; nella rino faringe notasi solo del secreto muco-purulento. L'ugola è in parte distrutta; il palato molle e infiltrato da piccoli noduli, eguali, di colorito roseo più chiaro, di forma miliare. Sulla base dell'ugola, a sinistra, si vede una piccola perforazione cicatrizzata.

Niente di notevole sulla faringe.

La laringe mostrasi sana, solo sul bordo libero dell'epiglottide, verso il lato sinistro, notansi residui di pregressa infiltrazione, poichè il margine è spezzettato e vi è una perdita di sostanza del tutto cicatrizzata

Nella cavità orale non vi sono alterazioni, solamente i denti sono macchiati e guasti.

Sulla cute della regione pre-auricolare sinistra, sul trago, sul lobulo, esistono grossi nodi di lupus tubercolo-ulcerante, in numero di 3 a 4, coverti da ampie croste verdastre, aderenti, smosse le quali appare l'ulcerazione caratteristica del lupus. La cute è rossa, infiltrata, le croste si rinnovano poco tempo dopo distaccate.

Tali forme lupose della cute dell'orecchio datano da 5 anni, rinnovandosi spesso ed avendo fasi di riacutizzamento ogni tanto.

Nella regione latero cervicale sinistra, si palpano piccole glandole, dure, indolenti; nella regione sotto-mentoniera una a due, anch'esse dure, indolenti, della grandezza di una noce. Negli inguini ed alla epitroclea non vi sono adenopatie.

L'esame del petto, diligentemente e varie volte eseguito, è stato sempre negativo; niente tosse. L'esame microscopico del-

l'espettorato, praticato diverse volte, non ha fatto mai ritrovare i bacilli di Koch.

L'inferma fu mestruata la prima volta a 13 anni, e poi regolarmente, sebbene in scarsa quantità. Non ha avuto malattie degne di nota, solamente quattro anni fa ebbe dolore e gonfiore al ginocchio sinistro, per lo spazio di 2 mesi, e ne guarì completamente, tanto che ora non vi si notano alterazioni.

Due anni fa soffrì mal di gola, che le si ripeteva a brevi intervalli.

Il padre, uomo robusto, è stato sempre sano; la madre ebbe osteiti tubercolari all'arto superiore destro, e morì in giovane età.

L'inferma non ha avuto manifestazioni sifilitiche, nè vi sono dati per ammetterle; nondimeno ha praticata la cura specifica, con iniezioni ipodermiche di sublimato, per circa un mese, senza alcun benefico effetto sulle lesioni nasali. Anzi, alcuni tubercoli cominciano a rammollirsi e verso l' apice ad ulcerare, ond' è che vuotasi una materia caseosa grigiastra, e ne segue una ulcerazione abbastanza caratteristica.

Il 2 aprile si asportano alcuni tubercoli; di essi una parte si inocula in cavie, col metodo della saccoccia, nella regione inguinale, il resto si mette nel liquido fissatore per l'esame istologico.

***

Dai fatti suesposti risulta che la diagnosi, in questo caso, non era facile. Sebbene sul principio si fosse pensato ad una forma sifilitica, pure la diagnosi più ammissibile era quella di tubercolosi della mucosa nasale, sotto forma vegetante o pseudopoliposa, tenendo conto della residuale infiltrazione luposa del palato molle e della forma di lupus tubercolo ulcerante dell'orecchio. Però, l'esame batterioscopico fu sempre negativo, e la prova apodittica, a conferma della nostra diagnosi, ci venne data dall' esame istologico dei pezzetti asportati, nei quali si trovarono le cellule giganti caratteristiche; ma di tale reperto riferirò dettagliatamente in seguito.

Il 28 aprile si asportano le masse polipose della fossa nasale sinistra, e il 2 maggio quelle della fossa nasale destra; poi si raschia e si cauterizza il punto d'impianto.

La respirazione nasale si ripristinò e si potè notare bene, che sede d' impianto delle neoformazioni, erano il setto cartilagineo ed il pavimento del naso. Il setto osseo, i cornetti, e tutta la parete esterna del naso erano esenti dall'infezione.

Con parte del materiale asportato s'inoculano altre 2 cavie, poichè le prime non dettero alcuna reazione.

Dopo l'asportazione, residua una ulcerazione in diversi punti della mucosa del setto, sebbene estesa in ambo i lati, che tarda a rimaginarsi ad onta delle assidue medicature. Anzi, a sinistra, un'ulcera più estesa, poco, a poco perfora il setto cartilagineo, a livello delle narici; però, ben tosto, il tessuto granulante, cresciuto attorno, la nasconde allo sguardo, e solo con lo specillo se ne possono notare le vestigia.

Il 2 giugno si notano ancora piccole ulcerazioni sui due lati del setto, in alcuni punti contornate da granulazioni miliari.

Sulla faringe si vedono 2 a 3 tubercoli, piccoli, ulcerati allo apice; i pilastri posteriori infiltrati, con ulcerazioni miliari, dolenti così da provocare disfagia.

Con medicature al jodoformio, acido lattico e polverizzazioni antisettiche, in pochi giorni le ulcerazioni faringee guarirono, sebbene si avesse avuta recidiva di alcune e formazione di nuovi tubercoli con consecutiva ulcerazione. Le lesioni nasali tendevano a rimarginarsi, ma lentamente, per cui varie volte si è ripetuto il raschiamento delle granulazioni e del fondo delle ulcerazioni, facendo seguire la causticazione galvanica o con l'acido cromico.

Ho fatto varii preparati batterioscopici sia col secreto del naso, sia con quello rino-faringeo ed anche raschiando il fondo delle ulcerazioni, ma tutti sono stati negativi pei bacilli di Koch, come pure nelle culture fatte si sono sviluppati semplicemente i comuni cocchi piogeni.

L' esame batterico dei preparati istologici, nei quali vi erano i tubercoli con le cellule giganti, non ha mostrato la presenza dei bacilli, sebbene ricercati coi diversi metodi finora in uso.

Le inoculazioni fatte nelle cavie furono negative.

Dopo due mesi, si ha riproduzione delle vegetazioni polipose del naso, che, a sinistra, rapidamente crescono fino a zaffare la fossa nasale corrispondente. Sulla mucosa del palato duro, verso il rafe, da avanti in dietro notansi 3 tubercoli, grossi quanto un cece, disposti l' un dietro l' altro e 5 a 6 tubercoli ed ulcerazioni miliari su tutto il resto della mucosa orale.

Il 20 agosto si procede a novella asportazione delle neoformazioni nasali; raschiamento e causticazione galvanica. I tubercoli della cavità orale si raschiano e cauterizzano.

In breve tempo le lesioni orali regrediscono e le nasali vanno lentamente rimarginandosi, per cui la perforazione del setto cartilagineo appare più evidente.

Delle lesioni lupose dell' orecchio non restano che 2 piccole ulcerazioni al disotto del lobulo, poichè le altre sono guarite dopo il raschiamento e le cauterrizzazioni, lasciando un arrossimento della cute.

Ai primi di settembre u. s., a complemento della diagnosi, pratico una iniezione di 5 milligrammi di tubercolina, e dopo 24 ore ho la reazione con febbre a 38°7, mentre già dopo 6 ore dall'iniezione la temperatura tendeva a salire. Durante l'azione della tubercolina, l' inferma ha avuto cefalea e stringimento alla gola per poche ore, maggiore tensione dolorosa e calore delle parti ammalate. La secrezione divenne più fluida e le croste si distaccarono con più facilità.

Attualmente, delle lesioni nasali non resta che la perforazione del setto cartilagineo, a parte anteriore, ed una lieve infiltrazione della mucosa del setto medesimo, senza accenno a riproduzione. Come pure la forma luposa dell' orecchio è guarita completamente, rimanendo un leggiero rossore della cute che va sempre più scomparendo. Lo stato generale dell' inferma è migliorato assai con le cure ricostituenti.

***

Dall'esame dei fatti surriferiti, emerge che il nostro caso è interessante sotto varii aspetti, e si presta a talune considerazioni.

1) Sebbene vi fossero antecedenti di natura tubercolare dal lato materno (osteiti tubercolari) e dal lato dell' inferma (sinovite al ginocchio, forme lupose della cute e delle mucose), pure la malattia è rimasta limitata, finora, alle prime vie aeree, senza interessamento dei polmoni.

Invece, la letteratura al riguardo contiene un numero maggiore di casi susseguiti a lesioni polmonari; su 27 infermi, 5 avevano precedentemente tubercolosi pulmonare. Si spiega, in tali casi, la propagazione dell'infezione per la via sanguigna o linfatica, come nelle tubercolosi ossee, o pel trasporto di bacilli al naso nei colpi di tosse.

Per lo più la tubercolosi nasale sussegue al lupus della pelle, e altre volte, nelle forme primitive, si può ritenere che l'infezione sia partita dall' osso, come ha, in special modo, richiamata l'attenzione Volkmann (3), ricordando le osteo mieliti caseose primitive con invasione secondaria della mucosa, che egli riguarda come una causa frequente d'ozena.

Negli altri casi, ove non si può sospettare una autoinfezione dall'interno, Chiari (13) ammette l'auto-contagio a mezzo delle dita imbrattate di virus tubercolare, e tale ipotesi sarebbe confermata dalla sede di predilezione delle neoformazioni tubercolari. Difatti, il setto cartilagineo è la sede ordinaria; esso su 27 casi, era colpito esclusivamente 15 volte; in 7 casi, dal setto si era esteso alle parti vicine; 4 volte s'impiantava sul turbinato inferiore, in un caso partiva dall'antro d'Highmoro (Rethi — (15).)

Singolare per la sede è il caso descritto da Ostino (16), nel quale il tumore s'impiantava sui due terzi anteriori del turbinato medio di sinistra, riempiendo tutta la cavità nasale omonima, senza che esistessero lesioni in altri organi.

Come esempio di vero contagio, cito quello osservato da Bresgen (17); una inferma soffriva da 7 anni di corizza cronica; assiste una sorella tisica, e, poco dopo, è presa da lupus del setto.

Il caso nostro, poi, è affatto speciale, poichè tutto il setto cartilagineo è sede delle neoformazioni tubercolari, che in gran copia si impiantano nei due lati, occludendo le due fosse nasali corrispondenti. E per tale fatto, oltre a ritenere quale via di infezione la corrente sanguigna o linfatica, possiamo ammettere l'auto-contagio, poiche facilmente l'inferma ha potuto trasportare con le dita il virus tubercolare dall'orecchio al naso, tanto più che la lesione è limitata alla parte anteriore del setto cartilagineo.

2) La diagnosi differenziale, in casi consimili, non è sempre facile tra affezioni sifilitiche e tubercolari, anche quando le lesioni della pelle coincidono con quelle delle mucose, e solo l'esame microscopico dirada qualunque dubbio.

Però non sempre si riscontrano i bacilli di Koch; su 27 casi, 11 volte vi si rinvennero e bisognò fare molti preparati per scoprirli. Difatti, nel mio caso, non mi è stato possibile ritrovarli, sebbene avessi fatto numerosi preparati dall'espettorato, dalla secrezione delle ulcerazioni, dal muco nasale e fino dai tessuti. Solo l'esame istologico dei pezzetti asportati ha confermato pienamente la nostra diagnosi.

Anche le inoculazioni negli animali reattivi sono rimaste negative ed allora, a controllo e conferma della diagnosi, ho praticato le iniezioni di tubercolina, che mi hanno dato chiaramente la reazione.

3) Il nostro caso è interessante per l'estensione della lesione che occupa i due lati del setto cartilagineo ed il pavimento

delle fosse nasali, però anteriormente, senza oltrepassare il setto osseo, nè ledere i cornetti inferiori.

4) È notevole, nel caso surriferito, il risultato ottenuto dall'intervento chirurgico.

***

Le neoformazioni tubercolari possono avere volume variabile, da un pisello a quello di una nocella e possono essere così sviluppate, da riempire una o tutte e due le fosse nasali, come si riscontra nel nostro caso, e spingere in fuori le pareti.

La loro superficie alle volte si presenta liscia, molle, fungosa, facilmente sanguinante; altre volte cornea e dura. Il centro di tali tumori spesso è formato da tessuto rammollito, caseoso; la superficie si ulcera, e si ha l'ulcerazione tubercolare, caratteristica; altre volte si forma un vero ascesso. È in tali forme che si può ritenere l'osso come punto d'inizio della lesione e la bilateralità della affezione confermerebbe tale ipotesi.

Veramente, nel nostro caso potremmo ammettere che la tubercolosi del naso sia partita, primieramente, dall'osso; in favore di tale ipotesi depongono la bilateralità della infezione e il suo propagarsi, più tardi, alla mucosa del palato duro, ulcerando e perforando il setto cartilagineo. Come pure le vegetazioni polipoidi, integre da principio, liscie, poco, a poco si sono rammollite nel centro e vuotate del contenuto caseoso, come tanti piccoli ascessolini ed hanno dato luogo alla formazione di ulcerazioni crateriformi, a margini irregolari, il cui fondo grigiastro, fungoso, con leggiere sporgenze granulose, dava lo aspetto di un tessuto granulante. Alcune di esse sono isolate, altre confluenti, formate dalla riunione di piccole ulcerazioni; altre, infine, contornate da tubercoli miliari che nascondono il fondo della ulcerazione.

L'istessa fase hanno subito i piccoli tubercoli del palato duro e quelli della faringe, dimodoche, in tal caso, si sono espletate tutte le forme di tubercolosi nasale finora descritte, cioè: *tumori*, *ulcerazioni*, *granulazioni*.

Infatti, quasi tutti gli autori ammettono due forme della tubercolosi nasale: la *ulcerosa* e la *pseudo-poliposa* (Cartaz); altri tre forme: *vegetante*, *ulcerosa* e *granulante* (Plicque (18)).

Per lo più s'incontra la forma ulcerosa, oppure le due forme coesistono. Di rado si sorprende l'inizio del male e può seguirsene il decorso, come nel caso nostro; però l'ulcera è

sempre consecutiva ad un tubercolo, che rammollito, si vuota, lasciando una perdita di sostanza più o meno estesa e profonda.

Tale processo è insidioso, perchè indolente nei primi stadii del morbo; le sofferenze si limitano ad uno scarso secreto muco-purulento ed a formazione di croste che facilmente si distaccano. Invece, quando si tratta di forma vegetante, più o meno estesa, ai sintomi suddescritti si aggiunge l'ostruzione nasale, più o meno completa. Si può avere poca o niente epistassi.

Il decorso è lento; l'estensione si fa lentamente, piuttosto in superficie che in profondità. Le vaste invasioni e le grandi distruzioni sono rare; molte volte la tubercolosi nasale non richiama l'attenzione dell'infermo e del medico, poichè essi ne sono distratti dai malanni ben più serii della tubercolosi pulmonare.

Si può spiegare tale decorso lento e subdolo, in confronto di quello della tubercolosi laringea, tenendo conto del fatto che il naso non è esposto alle cause multiple d'irritazione che rendono sì dolorosa la tubercolosi laringea.

La forma pseudo-poliposa è ordinariamente primitiva, mentre la ulcerosa s'incontra più spesso nel corso della tubercolosi pulmonare.

Il nostro caso è interessante, eziandio, per la forma diffusa di tubercolosi vegetante sopraggiunta nel lungo decorso di un lupus della cute e della mucosa faringo-orale; e viene, così, a confermare le moderne vedute sull'identità patogenetica tra lupus e tubercolosi, non essendo la prima, che una varietà attenuata della seconda.

Già da tempo il prof. Massei (19) ha richiamato l'attenzione sul fatto che debba bandirsi, oramai, il nome di lupus in quelle affezioni faringo-laringee che si verificano contemporaneamente a lesioni lupose della cute e che finora si sono designate come lupus delle mucose.

L'esame istologico e batterico delle lesioni lupose, l'inoculazione dei prodotti negli animali reattivi hanno diradato ogni dubbio ed assodata l'identità delle lesioni della cute e delle mucose.

I fatti clinici, in gran numero, confermano tali vedute, poichè in molti casi ad un lupus delle prime vie aeree è susseguita, dopo alcuni anni, una schietta tubercolosi polmonare ed anche noi potremmo citarne degli esempi.

Gli autori, alquanto antichi, fanno distinzione tra tubercolosi nasale e lupus, mentre i più recenti li descrivono in un sol

capitolo, e solamente, pei bisogni della pratica, ne fanno una sottospecie.

Schmidt, nella 2ª edizione del suo libro *(Die Krankheiten der oberen Luftwege)*, parlando delle forme tubercolari del naso, dice codeste precise parole: « questi tumori » (ch'egli descrive per forma, grandezza e colore) « non si possono distinguere macroscopicamente, nè microscopicamente dalle neoformazioni lupose, perchè riconoscono la medesima causa ».

Se si vuole ammettere una differenza dal lato clinico, pel lungo decorso delle forme lupose della cute e delle mucose, per l'attenuazione del processo e la rarità dei bacilli, in confronto alle lesioni prettamente tubercolari con lesioni in altri organi, questa viene infirmata dal fatto che molte lesioni laringee tubercolari primitive restano limitate senza propagarsi ai polmoni e senza presentare bacilli nello espettorato, mentre solo l'esame istologico dei pezzetti asportati, alle volte, conferma la diagnosi (*). Però l'ulteriore decorso e la diffusione ai polmoni mutano in una tubercolosi galoppante la forma, che per anni è stata attenuata e limitata.

Questa attenuazione del processo si potrebbe addebitare all'attenuazione del bacillo o alle condizioni anatomiche nelle quali vive e si trova (Lesser); oppure la svariata localizzazione dell'agente patogeno e la diversa reazione dei tessuti, nei quali arriva, e dell'organismo, in generale, potrebbero spiegare la polimorfia, la diversa gravità della forma e le possibili complicanze. Così si spiega, talora, come lesioni limitate, in un dato momento infettano tutto l' organismo, quando riescono a vincerne le naturali barriere.

Sicchè da quello che ho detto e da quello che c' insegna la presente osservazione, le diverse localizzazioni morbose, in questa inferma, possono legittimamente raggrupparsi sotto l'unica denominazione di *tubercolosi della cute e delle mucose*: sembrerebbe strano dire la medesima cosa con parole che farebbero pensare a cose diverse, cioè *lupus del padiglione e tubercolosi vegetante del naso.*

*
* *

La diagnosi della tubercolosi nasale non è sempre facile, specie quando la lesione è limitata e primaria. Essa si fonda

(*) V. i lavori di Massei (Archiv. Ital. di Otologia. Vol. V. 1897), Trifiletti (Arch. Ital. di Laringologia Fasc. I, 1896) e di Martuscelli (Arch. Ital. di Otologia. Vol. VII Fasc. 2, 1898).

sopra tre elementi: *aspetto delle lesioni locali—stato generale dell'infermo — esame batterico, istologico ed inoculazione negli animali reattivi.*

L' aspetto delle lesioni locali, alle volte, è caratteristico e basta da solo a fare la diagnosi.

Altre volte l' aspetto delle lesioni tubercolari può ingenerare confusione con altre affezioni nasali: ulcerazioni benigne professionali, ascessi del setto, polipi, sifilide, tumori maligni; però l'ulteriore decorso clinico e l'esame microscopico delle lesioni diraderanno qualunque dubbio.

Un attento esame generale dell'infermo, l'anamnesi, l' ereditarietà e le possibili complicanze tubercolari in altri organi, varranno ad illuminare la diagnosi.

L'esame batteriologico è un valido ausilio diagnostico; però non sempre si riscontrano i bacilli di Koch, e molte volte anche l'inoculazione negli animali è negativa, come nel nostro caso, ed allora l'esame istologico dei pezzetti asportati farà riconoscere la presenza di tubercoli tipici, con cellule epitelioidi e cellule giganti. Precisamente come accade in certe localizzazioni primarie della tubercolosi laringea.

Ecco ora la descrizione dei singoli preparati eseguiti dai pezzetti di tessuto, asportati, in diverse volte, dal naso dell'inferma in parola.

In quelli presi la prima volta, si nota una fase di attiva proliferazione connettivale, resa evidente non solo dall'enorme accumulo, per tutto il tessuto, di elementi bianchi del sangue, ma ancora, e maggiormente, dalla grande quantità di noduli vaso-formativi, che occupano i preparati e che si sorprendono in diverse fasi della loro evoluzione sino a completa canalizzazione.

Assenza di tubercoli del tutto formati non solo, ma ancora di quelli rappresentati da uno o da diversi strati (cellule epitelioidi sole, cercine di elementi linfoidi con necrosi al centro ecc.).

La fase iperplastica è così attiva, che già sta per guadagnare, in alcuni punti, il rivestimento epiteliale, il quale ultimo si mostra, nei punti non ancora invasi, tanto normale in tutti i suoi strati, da riscontrarvisi fasi cariocinetiche. Però in questi preparati non si nota una vera ulcerazione di tutti gli strati epiteliali, in modo che la infiltrazione leucocitaria corrisponda addirittura alla superficie esterna.

Questo è un fatto che, come vedremo, si rileva nei tessuti asportati in seguito.

Dimodochè, riepilogando, la prima fase della lesione da me studiata, si presenta come una iperplasia connettivale che sta per interessare, distruggendolo, l'epitelio.

La rilevante irrorazione vasale, rappresentata quasi sempre da gemmazioni più o meno canalizzate, sta a conferma dell'attività del processo; cosicchè da questi primi preparati non potemmo detrarre una diagnosi affermativa per la tubercolosi, ragione per la quale ci affrettammo a spezzettare, ancora altre volte, la neoformazione del naso.

Nei preparati della 2.ª asportazione si ha chiaramente il concetto di una lesione tubercolare. I pezzetti escissi furono parecchi, e dal loro esame, nell'insieme, risultano i seguenti fatti:
1) l'infiltrazione linfoide è enormemente aumentata e coinvolge nel processo tutto quello che incontra; così varii acini glandolari delle ghiandole mucose sono allontanati fra loro, compressi e finalmente distrutti, in modo che si osservano gruppi cellulari frammisti a cellule di infiltrazione, la quale arriva alla superficie, lasciando reliquie di epitelio di rivestimento.

2) Altrove, come contrapposto a questa distruzione epiteliale, si notano digitazioni del tessuto di rivestimento, che si approfondano più o meno verso l'interno dei preparati.

In taluni di questi punti sembra proprio di aver a fare con gittate di un epitelioma.

3) Ciò che dà addirittura la conferma, è la presenza di tubercoli tipici con tutti i loro strati e col caratteristico aspetto delle cellule giganti; cosa che tralascio dal descrivere.

È notevole, infine, dal punto di vista clinico ed istologico, il cammino seguito, di pari passo, dalla lesione clinicamente considerata, e dall'acquisto sempre più evidente e patognomonico d'indole tubercolare dei tessuti lesi.

Concludendo, non potevamo sperare una conferma istologica più affermativa sulla natura del male, sebbene fossero risultati vani gli altri mezzi d'indagine messi a profitto; e perciò mi piace d'insistere sul fatto che, quantunque sia oramai noto che la diagnosi di tubercolosi attualmente vada fatta principalmente col sussidio delle ricerche batteriologiche e sperimentali, pure la loro non riuscita non deve fare omettere lo studio istologico accurato dei pezzetti escissi.

Napoli, Ottobre 1899.

BIBLIOGRAFIA

(1) Willigk. — Prager Vierteljahrschrift. XXXVIII.
(2) Weichselbaum. — Centralblatt für klin. Chirurgie. 1881.
(3) Volkmann. — Sammlung klin. Vortrage. N.° 168.
(4) Riedel. — Deut. Zeitsch. für Chirurgie. 1878.
(5) Tornwaldt. — Deutsch. Arch. f. klin. Med. 1881.
(6) Sokolowski. — Centralbl. f. Laryng. II. 1885-86.
(7) Juffinger. — Wien. klin. Wochenschr. 1889.
(8) Schaeffer. — Deut. med. Wochenschr. 1887.
(9) Cartaz. — De la tuberculose nasale. France médic. 1887.
(10) Hajek. — Die Tuberculose der Nasenschleimhaut. Wien, 1889.
(11) Olympitis. — Thèse de Paris, 1890.
(12) Dionisio. — V. Atti della Società Ital. di Laringologia etc. Ottobre 1892.
(13) Chiari. — Archiv. für Laryng. 1894.
(14) Martuscelli. — Statistica di alcuni tumori etc. Archiv. Ital. di Laringologia. Fasc. I, 1899.
(15) Rethi. — Wien. medic. Presse. 1893.
(16) Ostino. — Note e appunti di Rinologia. Gazzetta medica di Torino, XLX, n.° 12-13, 1899.
(17) Bresgen. — Deut. med. Wochenschr. 1887, N.° 30-37.
(18) Plicque. — Annales des maladies de l'oreille et du larynx. Dicembre 1890.
(19) Massei. — Archivii Ital. di Laringologia. Fasc. I, 1899.
» Trattato Ital. di Patologia. Vallardi, Milano
(20) Cozzolino. — Archivii Ital. di Laringologia Luglio 1886.
» Gazzetta medica di Roma. 1889.
(21) Ferreri. — Malattie nasali. Milano 1889.
(22) Potter. —Journal of Laryngology, Rhinology, and Otology. 1888.
(23) Michelson. — Zeitschr. f. klin. Med. 1890. Vol. 17
(24) Dansae. — Annales des maladies de l'oreille. 1893.
(25) H. Luc. — France médic. 1890.
(26) Beermann. — Journal of Laryngology, Rhin. and Otol. N.° 5, 1891.
(27) Moure. — Maladies des fosses nasales. 2° ed. Paris, 1893.
(28) Garel. — Maladies du nez. Paris, 1897.
(29) Failow. — Annales des maladies de l'oreille. 1894.
(30) Preysing. — Zeitsch. für Ohrenheilkunde. Bd. XXXIII.
(31) Gourdiat. — Province médicale. 1896.
(32) Polyak. — Internat. Centralbl. f. Laryngologie. 1896.

Istituto di Laringojatria della R. Università di Napoli
diretto dal Prof. F. Massei

Sulla tubercolosi della lingua

Contributo clinico con ricerche istologiche

per il dottor DOMENICO TANTURRI fu Vincenzo (*)

(Assistente)

Le molteplici localizzazioni della tubercolosi nelle prime vie respiratorie sono state oggi molto chiarite, grazie al continuo concorso di tanti illustri studiosi. Fra gli organi meno studiati, sia per la rarità della forma morbosa, sia per la difficoltà di poter fare ricerche accurate, perchè le lesioni sono poco estese e gl'infermi non si assoggettano facilmente alle manovre necessarie per procurarsi l'oggetto di studio, sta la lingua, nella quale la tubercolosi prende posto in un rapporto non molto pronunziato riguardo a frequenza. Così, per esempio, oltre la statistica di W e d e n s k i (13), che potè riunire in un completo lavoro bibliografico 114 casi, nell' ultimo decennio, nell' Ambulatorio di Laringojatria dell'Università, diretto dal M a s s e i, con un totale di 10,744 infermi, dei quali 672 con forme tubercolari del laringe, della faringe e delle tonsille o con forme lupose del naso, si sono avuti semplicemente due casi di tubercolosi linguale. Ed è perciò che io, confortato dall' aver potuto studiare, dal punto di vista clinico, con l'aiuto e controllo della parte isto-batteriologica, due casi di tubercolosi linguale, credo opportuno farne tema del presente lavoro, nella lusinga di contribuire modestamente alla esatta conoscenza della lesione.

È uno studio che va fatto sotto questi punti principali: 1.° la vera denominazione da darsi alla lesione; 2.° la sua frequenza nel rapporto con le localizzazioni del faringe, delle tonsille, e della laringe; 3.° la conoscenza della lesione, sia riguardo ai fatti clinici, sia riguardo alle ricerche istologiche; 4.° in ultimo, i metodi curativi.

(*) Comunicazione fatta al IV Congresso della Società Italiana di Laringologia, Otologia e Rinologia tenuto in Roma. Ottobre 1899.

1) Intorno alla esatta denominazione, malgrado la chiara natura della lesione, vi è certamente un po' di confusione. Infatti Leloir (1), Butlin (2), Michelson (3), Spire (14), Carrière (20) parlano di *lupus* della lingua, e Fränkel (4), Schuster (5), Sobolotski (7 e 8), Treitel (9), Besnier (10), Inglas (11), Mendel (12), Wendeski (13), Auguy (15), Clande (16), Milbradt (17), Ginestous (21), Greve (23), Wolf (25), Stetter (26), Berger (27) ed altri parlano di tubercolosi o di ulcerazioni tubercolari della lingua. Anzi Spire (14), nella sua tesi, ammette esplicitamente una diagnosi differenziale fra lupus linguale ed ulcerazione tubercolare, differenza, che, secondo l'autore, si rileverebbe dai caratteri della lesione (bordi, fondo, colorito). Innanzi alla schiera di tanti, ed all'acuto lavoro di Spire, io richiamo alla memoria la comunicazione che il prof. Massei (24) fece, non ha guari, alla Società italiana di Dermatologia, nel congresso di Torino *a proposito di un caso di lupus laringeo*. E, venendo alle medesime conclusioni, e per le istesse ragioni del Massei, io credo che si debba al nome di *lupus*, che denota forme attenuate della tubercolosi, pure quando vi fosse concomitanza di lesioni cutanee, sostituire quello di *tubercolosi*, giacchè il chiamare con due nomi diversi la medesima entità morbosa. prodotta dall'istesso agente, ed anatomo patologicamente rappresentata dall'istessa alterazione di tessuti, ingenera una inopportuna confusione. Son lieto incontrarmi in questo punto col collega Prota, che, a proposito di una importante localizzazione nasale del genere, sostiene le medesime vedute.

2) La tubercolosi della lingua può essere primaria e secondaria. La prima è estremamente rara; solamente qualche caso se ne trova nella letteratura. Capart (6) riferisce di un infermo che presentava una lesione sulla lingua con tutti i caratteri di un epitelioma; benchè operato col raschiamento, la lesione divenne sempre più grande e vasta, e si ebbe, dipoi, una eruzione di tubercoli; la laringe, più tardi, divenne tubercolosa. Mendel (12) riferisce di un ammalato con una ulcerazione della lingua in corrispondenza del primo molare: sul fondo di questa ulcerazione si sviluppò una lesione tubercolare tipica. Questa forma primaria di tubercolosi è più passibile di un trattamento radicale e di un intervento operatorio e perciò, a buon diritto, la si può chiamare tubercolosi chirurgica della lingua; certo, lascia meglio sperare di sè, anzi, quanto più pre-

sto si interviene, tanto più si ha la probabilità di riuscire ad evitare la recidiva.

Esiste qualche altro caso, non ben chiaro, di tubercolosi primaria della lingua, la quale forma è sempre molto difficile ad immaginarsi in un organo così esposto ed a contatto di altri sensibilissimi. Certamente, quindi, la forma più frequente (che rassomiglia anatomicamente ed istologicamente alla precedente) è la secondaria.

La tubercolosi della lingua può essere secondaria alla pulmonare, alla laringea, alla faringea, alla tonsillare ecc, nonchè al lupus delle cavità limitrofe, della pelle del naso e delle labbra.

Audry (18) ha notato che nella tubercolosi linguale (secondaria) vi è la coesistenza abituale di lesioni tubercolari delle fosse nasali.

Wedenski (13) giustamente dice che le lesioni tubercolari della lingua, insieme a quelle di altri organi, si riscontrano all'ultimo periodo della tubercolosi, quando gl'infermi hanno raggiunto quasi lo stato cachettico.

La tubercolosi si può propagare alla lingua o per vicinanza di processo (propagazione diretta), quando la lesione sia, per esempio, un lupus della faccia; o in questa maniera e per il passaggio di materiale infetto (sputi, muco; propagazione indiretta) nelle lesioni del faringe, della laringe, dei pulmoni; o per la via ematica e linfatica in quei casi nei quali il focolaio primitivo è molto lontano.

Nella tubercolosi della lingua, secondaria a quella delle prime vie respiratorie, il modo più facile di sviluppo è il passaggio di materiale infetto; certamente il punto dove sta la lesione è un valevole aiuto per l'esatta diagnosi. In un ammalato, di cui appresso parlerò, vi era una lesione tubercolare sotto la lingua, vicino al frenulo, ov'è più facile che il materiale infettivo, trasportato con lo sputo, resti permanente per più lungo tempo ed abbia l'agio di produrvi alterazioni inerenti alla natura sua malefica. Comunque sia, la tubercolosi linguale può essere la espressione di una infezione attenuata o di una forma infettiva virulenta.

Nelle forme lupose del viso, le lesioni della lingua conservano quasi sempre un tenue grado di diffusione (lupus linguale di molti autori) e si presentano, per lo più, a focolai piccoli e nettamente limitati, come precisamente nelle forme laringee primarie.

Tra le forme faringee, la miliare è la più frequente; la riproduzione sulla lingua di tubercoli miliari impedisce un energico e radicale intervento chirurgico.

3) Anatomicamente si può distinguere nella tubercolosi una infiltrazione ed una ulcerazione, una forma superficiale ed una profonda. Queste diverse manifestazioni e localizzazioni rappresentano il grado di curabilità della lesione. I caratteri clinici della infiltrazione, sia superficiale, sia parenchimale, sono molto vaghi e sfuggono quasi sempre all'occhio ed alla indagine dell'osservatore; si possono limitare ad un leggiero grado di ingrossamento dell' organo, alterazione che facilmente si mette in relazione con causa del tutto diversa, quando mancano quei sintomi subbiettivi, come il dolore acuto e vivissimo, sia palpamento che dietro i minimi movimenti. Può anche esservi senso di secchezza e la impossibilità di contribuire, da parte dell'organo, alla masticazione ed all' articolazione della parola. Se si aggiungono tali fatti, gl' infermi parlano confusamente, perdendo massime i suoni linguali e dentali e sono affetti da grave disfagia, che contribuisce a far loro acquistare l' aspetto cachettico.

La ulcerazione tubercolare della lingua, come già dissi, può essere superficiale e profonda. Le ulcerazioni superficiali appartengono allo strato papillare e si formano, quasi sempre, da un infiltrato nodulare che si sviluppa fortemente, dando alla superficie un aspetto granuloso. La ulcerazione superficiale può anche approfondirsi e raggiungere lo strato muscolare, producendo vasta distruzione. Nelle forme di tubercolosi profonda, intorno allo strato muscolare si ha infiltrazione nei gangli linfatici, che sono nello stesso spessore dell'organo. I tubercoli parenchimali, subendo la fase di disfacimento, ulcerano irregolarmente: la forma dell'ulcera ritrae quella del tubercolo caseificato ed è o piana, o molto profonda. Queste ulcerazioni, che provvengono dagli strati profondi della lingua, non hanno limiti netti, nè forme costanti e ciò dipende dalle vie più facili che trovano per portarsi allo esterno. Bisogna bene osservare i margini, rappresentati da un cercine prominente, sollevato di molto dal piano della lesione ed infiltrato. A questi caratteri delle forme della tubercolosi della lingua, bisogna tenere bene mente per non cadere in errori possibili e scusabili in gran parte; ma questi provano, sovente, che non si sono messe a profitto tutte le indagini di cui oggi disponiamo, così per esempio l' esame istologico e la pruova sperimentale di controllo, che portano un utile contributo alla giusta diagnosi.

La tubercolosi della lingua può confondersi facilmente con neoplasie sifilitiche e maligne (epitelioma); molto più raramente con l'actinomicosi: per alcuni anche con la leucoplachia limitata a singoli punti.

La lesione sifilitica (escludendo assolutamente il sifiloma iniziale, ed anche, nel periodo secondario, la sifilide papulo-ipertrofica) si può maggiormente confondere con la tubercolosi, quando l'infiltrato gommoso ha guadagnato la superficie dell'organo ed è ulcerato, perchè allora presenterà presso a poco gli stessi caratteri della ulcerazione tubercolare. Io credo che, alcune volte, neanche l'osservazione accurata della forma anatomica della lesione (margini, fondo, colorito) può mettere sulla buona via: e se, avvalendosi per quanto è possibile dell'anamnesi, nulla verrà in nostro aiuto, la cura, anche di pruova, troncherà il dubbio; ond'è un dovere il tentarla prima di decidersi per un intervento chirurgico.

Ma la diagnosi differenziale più difficile è quella con le altre forme morbose: epitelioma ed actinomicosi. Una vera e propria diagnosi differenziale (clinicamente parlando) fra epitelioma e tubercolosi della lingua non è molto nitida, tanto che Wolf (25) dice che, se le statistiche riportano molte forme epiteliomatose e poche lesioni tubercolari della lingua, si può argomentare che la difficoltà della vera diagnosi non vi entra per poco.

L'unico valido aiuto si ha nell'esame istologico di qualche pezzettino escisso: e questo deve essere un sistema da seguirsi sempre, anzi a me pare che solo così si può fare una giusta diagnosi, tanto più necessaria, in quanto che da essa si aspetta l'autorizzazione per intervenire.

Il più saliente carattere che fa propendere per la diagnosi di epitelioma, è la localizzazione della lesione ai margini della lingua, mentre la tubercolosi e la sifilide prediligono la parte mediana e posteriore, cioè a dire la sezione occupata normalmente dalla tonsilla linguale. Più raramente sono invase la papille. L'altro carattere è che l'epitelioma si trova su di una base più profondamente indurita, mentre nella tubercolsi l'indurimento è sempre molto superficiale.

L'actinomicosi della lingua, successiva a quella del mascellare, è facilmente riconoscibile secondo Claisse (19) Nell'actinomicosi primitiva, la diagnosi si confonde con la tubercolosi, sia nel periodo del tumore solido, sia quando vi è fluttuazione. I caratteri clinici sono incerti, ed allora, a togliere il dubbio, sarà sufficiente la ricerca del fungo nel materiale procurato.

In generale, tutti riconoscono la grande difficoltà della dia-

gnosi di tubercolosi linguale, e perciò, riassumendo: per la gravità della lesione e per la responsabilità della diagnosi, sarà sempre necessario fare: 1) l'esame batteriologico per la diagnosi di actinomicosi ; 2) riuscendo negativa la prima ricerca, una cura di pruova a fine di escludere una lesione sifilitica; 3) l'esame istologico, per escludere una neoplasia a triste indole; 4) le iniezioni di tubercolina di Koch, che possono servire a conferma della diagnosi di esclusione. Circa le modalità di questi mezzi, è necessario tenere in gran conto la delicatezza dell'organo sul quale si studia.

Prima di passare ai metodi curativi, esporrò brevemente le due storie cliniche che mi hanno dato l'agio di studiare tale forma morbosa. La prima riguarda un tal Mautone Raffaele, di 51 anno, marinaio, da Salerno, che due anni fa si presentò all'ambulatorio di Laringojatria della Università di Napoli. È ammogliato ed ha la madre ed i fratelli viventi, che godono ottima salute. Non ha mai sofferto alcuna malattia degna di nota; la presente risale a tre mesi fa: incominciò allora ad avvertire dolori puntori nella deglutizione, ad avere tosse forte, stizzosa, esacerbantesi nella notte. Sia per questi disturbi, che per la preoccupazione, è molto deperito. Da quattordici giorni, sulla lingua si è presentata una lesione di continuo, grande quanto una moneta da un centesimo, dura, a margini irregolari, discretamente profonda, a fondo grigio-giallastro, dolente sia spontaneamente, che alla più leggiera pressione. All'esame laringoscopico si rileva moderata infiltrazione delle aritenoidi e delle pliche ari-epiglottiche, e, funzionalmente, si nota un leggiero grado di disfonia. Nulla al torace. L'esame dell'espettorato ripetuto molte volte, è sempre negativo per i bacilli di Koch, e così sono negativi i reperti culturali e le inoculazioni negli animali. I preparati a fresco di pezzettini raschiati sono pure negativi. All'esame istologico di un pezzettino escisso con le forbici, si notano dei tubercoli tipici in mezzo ad un tessuto d'infiltrazione parvicellulare ed a tessuto connettivo. Fu fatta diagnosi di tubercolosi laringea con secondaria manifestazione alla lingua.

La seconda storia clinica, che, come l'altra, ricavo dai nostri Registri dell'anno corrente, riguarda il nominato Punzo Nicola, di 53 anni, da Barra. I genitori morirono in tarda età, e non vi è nulla di importante nel gentilizio. Non ebbe mai alcuna malattia degna di nota, nè si contagiò mai di sifilide. L'attuale affezione data da un anno, perchè allora il Punzo ebbe una forte bronchite: due mesi or sono incominciò ad avvertire molestia

e dolori alla gola; i dolori nel deglutire crebbero in maniera da proibirgli di prendere qualunque alimento Insieme alla lesione laringea ne comparve sulla lingua un'altra, che l'infermo attribuisce all'abuso della pipa. Gradatamente aumentando, questa lesione si è ingrandita, e ne sono comparse altre che, poi, hanno confluito fra di loro fino a formare l'attuale, grande quasi quanto un soldo. Però, contemporaneamente, sotto la lingua, in vicinanza del frenulo comparve un'altra ulcerazione. In questo stato io ebbi occasione di osservare l'ammalato; escisso un pezzettino della parte malata, fu inoculato, per saccoccia inguinale, ad un cavia del peso di circa 300 grammi. Dopo quasi due mesi, presentando l'animale, nel sito d'inoculazione, una evidente lesione ulcerosa della pelle e dei gangli dell'inguine, fu ucciso. All'autopsia, eseguita immediatamente, trovammo una tubercolosi dei pulmoni, del fegato, della milza, dei reni, del pancreas e del mesentere, nonchè di tutti i gangli prevertebrali. L'affezione tubercolare fu convalidata dall'esame microscopico, che solamente accenno, non formando parte del mio lavoro; come pure il reperto batterioscopico di uno dei gangli pulmonari (facendo il preparato per schiacciamento fra due vetrini) e del pus raccolto dalla lesione dell'inguine dettero del pari risultamenti evidentissimi, essendosi rinvenuti numerosi bacilli di Koch.

A complemento dello studio di questo caso, mi piace riportare il reperto istologico dei preparati da me eseguiti della lesione linguale. Il pezzettino di tessuto fu asportato in modo da comprendere per metà la parte ulcerata e quella sana. L'epitelio di rivestimento è per buona parte distrutto ed il limite esterno della neoformazione è rappresentato da uno strato di densa e fitta infiltrazione leucocitaria, frammista a chiazze necrotiche. Nulla nel derma; al di sotto di quest'ultimo, il tessuto è costituito da tanti follicoli a loro volta formati da elementi linfoidi, serrati fra di loro, che contengono, alcuni, nel centro, delle cellule giganti. Queste si presentano con tutti i caratteri della cellula gigante tubercolare, cioè: nuclei disposti ai poli, o come un anello periferico alla cellula, ovvero a mezza luna e tutto il resto necrotico, in modo che prende difficilmente o per nulla i colori (eosina, acido picrico, carminio-neutro).

Confermata in tutti questi modi la diagnosi di tubercolosi, si insistette nella cura già prescritta all'infermo. Ma egli andò soggetto ad una fase di diffusione attivissima con speciale localizzazione alla laringe, così che, per evitare pericoli di soffocazione, fu inviato, per la tracheotomia, in un ospedale. Mal-

grado la operazione, eseguita da esperto chirurgo, l'infermo soccombette di lì a poco tempo, anche perchè l'inanizione era giunta al massimo stato, ed egli aveva perduto del tutto le forze.

4) Per ciò che riguarda la cura della tubercolosi linguale, è giusto dividerla in medica e chirurgica. La cura medica sarà generale e locale: la prima comprenderà le solite prescrizioni riguardo ed igiene, e si aggiungerà il creosoto e l'arsenico. Localmente si potrebbero raccomandare i toccamenti col mentolo (dal 20 progressivamente fino all' 80 %), col jodoformio sospeso in etere solforico (una parte in tre) o con il metil violetto (1/2 %). Queste riescono misure di semplice sollievo all'infermo e sono meglio tollerate dei toccamenti con acido lattico, il quale, però, rimane sempre un rimedio da non dimenticarsi: si aggiungano insufflazioni con ortoformio, specialmente quando la lesione è diffusa ed ulcerata.

La cura chirurgica riguarda massimamente quelle forme che, come ho già detto, sono primarie. Se la ulcerazione è limitata, saranno da prescriversi il raschiamento e le consecutive cauterizzazioni (a preferenza la ignipuntura: in seconda linea l'acido lattico ed anche l'acido cromico). Se, in ultimo, la lesione è all'inizio o si presenta come tumore duro, limitato perfettamente, la cura migliore sarà l'asportazione con i soliti mezzi, non solo della neoplasia, ma anche di buona parte di tessuto sano, trattandola come un epitelioma.

BIBLIOGRAFIA

(1) Leloir — Lupus de la langue (Progrès méd. 1889).

(2) Butlin. — Maladies de la langue.

(3) Michelson. — Lupus della lingua (Berl. klin. Wochenschrift, 1890, n. 46).

(4) Fränkel. — Tubercolosi della lingua (Deutsche mediz. Zeitung, 1891).

(5) Schuster. — Tuberculose de la langue (Revue de Laryng., otol. et rhinol. 1891).

(6) Capart. — Un cas de tuberculose de la langue (Revue mensuelle de laryng., otol. et rhinol., 1891).

(7) Sobolotski. — Tumeurs tuberculeuses de la langue (Méd. Obozrenié, 1892).

(8) Sobolotski. — Ulcère tuberculeux de la langue (Ann. de derm. et syphil. 1893).

(9) Treitel — Tumeur tuberculeuse de la langue (Berl. med. Gesells. 1893).

(10) Besnier. — Tuberculose aiguë de la langue (Journal de méd. 1893).

(11) Inglas. — Ulcerazioni tubercolari o specifiche della lingua (Chicago med. Review., 1893).

(12) Mendel. — Tuberculose linguale et glossite dentaire (Ann. de dermat. et de syphil. 1894 — Semaine médicale 1894 — Bulletin médical, 1894).

(13) Wedenski. — De la tuberculose de la langue (Med. Obozrenié, 1895).

(14) Spire. — Le lupus lingual (Thèse de Bordeaux, 1895).

(15) Auguy. — La tuberculose linguale (Thèse de Paris, 1895).

(16) Clande. — Des ulcérations de la langue chez les tuberculeux (Sem. méd. 1896).

(17) Milbradt. — Ein fall von zungentuberkulose. (Inaugural dissertation. Würzburg, 1896).

(18) Audry. — Dissertation (Société d'Anat. et de physiol. de Bordeaux, 1897).

(19) Claisse. — L'actinomycose linguale prim. (Presse méd. 1897).

(20) Carrière. — Lupus ulceré de la langue (Journ. de méd. de Bordeaux, 1897).

(21) Ginestous. — Ulceration tuberculeuse de la langue (Journ. de méd. de Bordeaux, 1897).

(22) Ziegler-Armanni. — Trattato di anatomia patologica. (Volume II, parte speciale).

(23) Greve. — Contributo allo studio della tubercolosi della bocca (Deut. med. Wochens., 1897).

(24) Massei.— A proposito di un caso di lupus laringeo (Archivî Ital. di Laring. Anno XIX).

(25) Wolf. — Ueber das tuberculöse Geschwür der Zunge (Inaugural-Dissertation. Bonn., 1898).

(26) Stetter. — Della glossite papillare e tubercolare (Archiv. f: klin. Chir. 1898).

(27) Berger. — Ulcerations tuberculeuses de la langue (Méd. Moderne, 1898).

(28) Kicer. — Tubercolosi miliare acuta del faringe (The laryngoscope, 1898).

Lesioni parasifilitiche o post-sifilitiche della laringe?

per il Prof. A. TRIFILETTI

RELAZIONE

alla Società Italiana di Laringologia, Otologia e Rinologia

nella sua 4.ª Riunione a Roma

(Ottobre 1899)

Egregi Colleghi.

Come sapete, il prof. Fournier, il geniale interprete di quelle forme morbose da lui chiamate « affezioni parasifilitiche », definisce le medesime con questa frase: « sono manifestazioni « morbose che per non aver più niente di sifilitico come na- « tura, non restano meno sifilitiche come origine; e per di più « hanno, dal punto di vista clinico, importanza ed interesse con- « siderevoli, perchè non sono affatto influenzate terapicamente « dai rimedi specifici, come gli accidenti sifilitici propriamente « detti ».

Egli mette in questa rubrica:

1.° per la sifilide acquisita:

a) la sifilide pigmentaria;

b) una forma d'istero-neurastenia del periodo secondario;

c) diverse manifestazioni neurasteniche di uno stadio più avvanzato;

d) una forma d'istero-siflilide;

e) la tabe;

f) la paralisi generale;

g) una forma speciale di epilessia;

h) una forma speciale di atrofia muscolare.

2.° E per la sifilide ereditaria:

a) numerosi disturbi distrofici generali, come a dire: deformità organiche, vizii di conformazione specialmente dei denti, arresti o ritardi dello sviluppo fisico ed intellettuale, infantilismo od anche onanismo, cachessia congenita, inattitudine congenita alla vita, ecc.;

b) il rachitismo;

c) l'idrocefalia;

d) alcuni casi di meningite semplice della giovine età;

e) fors'anche alcuni casi di epilessia vera;

f) sicuramente la tabe giovanile;

g) e la paralisi generale giovanile.

Questa definizione delle affezioni parasifilitiche data dal Fournier, come vedete, è assai chiara e semplice e tale da far prevedere che si potranno mettere, nel loro novero, molte altre forme morbose, fra le quali parecchie che cadono sotto la nostra osservazione speciale. E fra queste « parecchie », lo diciamo subito, noi vogliamo occuparci soltanto di quelle che riflettono il campo laringologico; epperciò ci asteniamo dal parlare, per es., della leucoplasia orale o della corizza, o dell' otorrea della sifilide ereditaria precoce, ecc., per quanto ci sarebbe stato più facile compito dire di queste altre affezioni parasifilitiche.

Un tentativo di allargare la lista delle *affezioni parasifilitiche* dal lato della *laringe* è stato fatto positivamente, come sapete, dal nostro prof. Massei, con una pubblicazione apparsa negli *Annales des maladies de l'oreille, du larynx* ecc., n. 2, febbraio 1899. Al Massei è sembrato che nel novero delle *affezioni parasifilitiche della laringe* potessero bene entrare:

1.°) *le stenosi cicatriziali della laringe.* Fra queste considera non tanto quelle lesioni susseguenti ad ulcerazioni gommose delle cartilagini (le quali mette in una rubrica a parte), quanto quelle che interessano il *solo rivestimento mucoso* (*le laringostenosi più o meno membranose),* donde si produrrebbe: o *l'adesione delle corde vocali* sopra una certa estensione e quindi dei restringimenti considerevoli, fino alla costituzione di veri diaframmi, od una *neoformazione* di *granulazioni*, di *vegetazioni* o di *bottoni carnosi,* che finirebbero per immobilizzare una od ambe le corde e per deformare la cavità laringea. In tutti questi casi si ha una stenosi, che è o glottica, o sotto-glottica (ma che può essere anche tracheale, ovvero sopra-glottica), cioè una laringostenosi varia di sede, di forma e di estensione, capace di ostacolare ora l' adduzione delle corde e quindi la fonazione, ora l' abduzione delle stesse e quindi la respirazione.

2.°) *Gli esiti di condro-pericondrite gommosa.* Fra i detti esiti considera principalmente la *laringostenosi,* la quale suole essere, in questa rubrica, più grave che nella precedente, perchè vengono interessate le cartilagini, specialmente la cricoide o la tiroide, e perchè la stenosi si accompagna, qui, con i fenomeni proprii della formazione ed apertura dell' ascesso, o della formazione della necrosi e dell'eliminazione dei sequestri; e gli ultimi fenomeni sono una infiltrazione cronica, una rigidità dei tessuti dell'articolazione crico-aritenoidea, donde difficoltà nell'abduzione della corda del lato affetto.

3.º) *Le anchilosi o le pseudo-anchilosi dell'articolazione crico-aritenoidea.* In queste lesioni considera unicamente l'immobilità articolare, perchè questa, sia che derivi dall'adesione delle superficie articolari, sia dalla rigidità dei tessuti periarticolari, produce la stessa conseguenza, cioè difficoltà od impossibilità di rotazione della cartilagine aritenoide sulla placca della cricoide, e quindi difetto di abduzione della corda del lato affetto ed uno stato di adduzione forzata.

Se l'artrite è bilaterale, la stenosi è delle più gravi e delle meno accessibili ad un trattamento chirurgico diretto. Il quadro laringoscopico è allora il seguente: corda, o corde ravvicinate alla linea mediana della glottide, separandosi appena di qualche millimetro nelle profonde inspirazioni; mucosa per lo più pallida, senza traccia di ulcerazione e senza niente altro di obbiettivo all'infuori della deformazione delle aritenoidi alla loro base.

4.º) *Gli esiti di miosite interstiziale o di depositi gommosi nei fasci dei muscoli intrinseci del laringe (paralisi miogena).* Malgrado che egli stesso, il Massei, riconosca la rarità di questi fatti, tuttavia non esclude la loro possibilità; inquantochè, specialmente quando sono interessati i crico-aritenoidei posteriori, ne consegue subito la *difficoltà nell'abduzione delle corde* e quindi, su per giù, lo stesso quadro laringoscopico notato nella precedente rubrica, con l'aggravante che la paralisi è per lo più *bilaterale.*

5.º) *La paralisi delle corde vocali per adeniti specifiche, infiammotorie o gommose, dei gangli profondi del collo, specialmente di quelli localizzati lungo il pneumo-gastrico ed il ricorrente laringeo, donde compressioni o nevriti di questi tronchi nervosi (paralisi neurogena).* Anche di questa rubrica egli riconosce la rarità; tuttavia ricorda qualche osservazione propria. La paralisi può aver luogo fin dal primo sorgere del periodo secondario, quando l'infezione in tutta la sua virulenza raggiunge le glandole e produce forti adeniti, e conseguentemente o compressione dei tronchi nervosi, o, più tardi, nevriti dei medesimi tronchi per la persistenza della compressione e per lo svolgersi di alterazioni organiche nelle fibre nervose; oppure la paralisi comparisce nel periodo terziario per lo svolgersi di vere adeniti gommose nelle regioni anzidette. In tutti questi casi, il reperto laringoscopico è lo stesso: si ha il noto quadro della *paralisi completa della corda vocale corrispondente al lato affetto,* e questa paralisi può persistere, come abbiamo detto, ad onta della risoluzione dell'adenite.

Ciò nondimeno, in fatto di sifilide non è esclusa la possibilità di una nevrite primaria del ricorrente, tanto nel periodo infiammatorio, che in quello neoplastico, e bene a ragione già da tempo, il nostro socio prof. Masini ha pensato ad una *influenza diretta primitiva della sifilide sull'apparato neuro-muscolare intrinseco della laringe*. Solamente questa lesione si dovrà ammettere per esclusione dell'altra precedente.

Tutte le suddette lesioni, adunque, che hanno perduto l'impronta della sifilide, che non risentono più l'effetto del trattamento specifico (mercurio e joduri), e che rassomigliano a quelle prodotte da cause comuni, egli, il Massei, non trova alcun inconveniente a che sieno considerate come *affezioni laringee parasifilitiche* nel senso del Fournier.

Intanto lo stesso prof. Massei, nel citato suo scritto, non si nasconde le obiezioni che saranno per muoversi al suo tentativo, anzi le formola, le affronta e cerca combatterle in base alla definizione del Fournier, citando a riprese le interpretazioni del dotto Sifilografo. Così egli giustamente osserva che il Fournier nella sua lista comprende per la maggior parte *lesioni primitive di certi organi o tessuti*, cioè *nate tali quali sono*, *di conseguenze della sifilide*, *senza essere delle manifestazioni sifilitiche*. Nè il Massei si dissimula la più saliente obiezione, quella cioè di aver dichiarate, come *parasifilitiche*, *lesioni* che sono per lo più degli *esiti di una manifestazione specifica*.

Sicchè egli propone delle due cose l'una: *o allargare il dominio di questo nuovo capitolo, considerando come parasifilitiche* molte altre lesioni (*fra le quali quelle che ha segnalato dal lato della laringe*); *od aggiungere alla definizione originale* del Fournier *qualche cosa che ne limiti il significato nosologico;* ben' inteso che in mancanza di altra qualifica, potrebbero chiamarsi le lesioni da lui segnalate col nome di *accidenti post-sifilitici*.

Ed eccoci di fronte al dilemma, che con sapienza ed acume il Comitato organizzatore ha posto per discutere così importante capitolo. Io sento il dovere di esprimere il mio compiacimento nell'essere stato prescelto a presentare un così importante tema, sia per la fiducia addimostratami, sia per il riflesso della Scuola a cui mi onoro appartenere ed alla quale è prediletto questo argomento. Lesioni parasifilitiche o post-sifilitiche della laringe? In altri termini dobbiamo noi qualificare quelle lesioni laringee segnalate dal Massei come accidenti parasifilitici o come post-sifilitici? E s'intende che noi ad arte ci limitiamo a queste lesioni soltanto, comechè di osservazione più

corrente e con note laringoscopiche più caratteristiche, mentre tralasciamo altre forme non ancora bene individualizzate, come ad es. quella che, sotto il nome di *« raucedine cronica nei fanciulli »*, il Boulay ha recentemente rapportato all'*eredo sifilide laringea*, ovvero l'altra studiata anche recentemente dal nostro socio Arslan col nome di *« sifilide laringea ereditaria »*.

Come vedete, è questa una quistione che può, e deve interessare i cultori della specialità, ed io non dubito che da una discussione ampia e serena sarà per derivarne un non spregevole contributo a lesioni così frequenti e gravi che passionano l'organo della voce.

Perchè, intanto, dalla discussione collettiva più facilmente scaturisca la luce necessaria, noi ci permettiamo di mettere solo qualche punto di partenza, qualche base a questa discussione.

Riconosciamo ancor noi la giustezza apparente delle *principali obbiezioni* che possono rivolgersi alle *cennate forme laringee*, le quali hanno dati e caratteri che male si prestano a farle aggruppare con le *forme classiche parasifilitiche*; ma, teniamo a dare, intanto, *qualche risposta* a ciascuna di queste obbiezioni. Ecco le principali dell'une e delle altre.

1.° *Sono esiti* — si dice, le forme laringee proposte dal Massei. Senonchè facendo la cernita, si vede che talune cicatrici tendono a proliferare, e ciò non è soltanto una *riparazione*, ma una vera proliferazione che ha luogo. Abbiamo, col Massei, qualche osservazione preziosa: una ragazza di 14-15 anni presenta un'aderenza cicatriziale delle corde verso l'angolo di commessura e dei residui d'infiltrazione. Si pratica l'intubazione, s'incide, si raschia: la respirazione si ristabilisce completamente. Ma ecco dopo un certo tempo (durante il quale la ragazza ha trascurato il trattamento) sopprayvenire, senza ulcerazioni, novella neoformazione di tessuto cicatriziale, una specie di membrana interdigitale di rana, e quindi nuova urgenza di cura locale.

2.°) *Sono forme primarie* — si dice, quelle illustrate dal Fournier. Però si rifletta: in talune delle forme nervose da costui citate come parasifilitiche, ve ne ha di quelle che dipendono da un'alterazione vasale precedente, di natura sifilitica: tale, la « sclerosi nevroglitica corticale », la lesione meglio definita della paralisi generale secondo il Fournier stesso. E poi, sono tutte lesioni primitive quelle che comprende la cosidetta " triade di Hutchinson ", che il Fournier pure colloca fra le parasifilitiche? Così, pur mettendo da parte la cheratite interstiziale, non sono le stigmate pigmentarie del fondo

oculare, le cicatrici o le perforazioni del timpano, ecc., da considerarsi come la conseguenza di altre lesioni?

Sicchè già traspare il bisogno di una grande separazione della *forme parasifilitiche* in *primarie* e *secondarie*, cioè in forme conseguenti ad azione *generale* ed in forme conseguenti ad azione *locale*; senza dire che, oggi, per forme epilettiche sono accusate delle alterazioni della zona motrice, come per la tabe, alterazioni dei gangli spinali e così via dicendo.

D'altra parte, in alcune delle forme laringee descritte dal M a s s e i, evidentemente in talune: *stenosi cicatriziale*, *anchilosi aritenoidea*, *paralisi della corda vocale*, la causa specifica suole essere, spesso, tanto discutibile, che sembra non esservi; ovvero appare come una ipotesi o come un agente così lontano, da non risentire la cura specifica.

3.°) Un'analisi spregiudicata della lista delle lesioni parasifilitiche messa innanzi dal M a s s e i ci fa vedere come l'alterazione *laringea* alle volte è effetto di una causa che agisce a distanza: tale la compressione dei ricorrenti per adeniti infiammatorie o neoplastiche, tale la nevrite primitiva del ricorrente secondo il M a s i n i; e per queste converrebbe più l'appellativo di *parasifilitiche*, anzichè di *post-sifilitiche, non essendo preceduta nessuna lesione locale nella laringe.*

4.°). È pure evidente che, come ha già fatto notare il M a s s e i, in una stessa lesione di natura chiaramente sifilitica, noi possiamo distinguere *due fasi: una specifica* ed *una comune*. Nelle infiammazioni ed infiltrazioni periostee od ossee, cartilaginee e pericondriche, in fatti, la 1ª fase è quella che risente della cura specifica e così vediamo scomparire enormi periostosi, gomme colossali, ecc.; ma, se la *suppurazione* o la *necrosi* ha luogo, queste lesioni obbediscono alle leggi della patologia comune e decorrono fatalmente, a dispetto dei più rinomati specifici.

Le applicazioni di queste verità irrecusabili alle lesioni sifilitiche della laringe ci pajono una conseguenza logica.

5.°) Infine non sarà superfluo notare che incoraggiamento a proseguire in questa divisione è stato dato dallo stesso F o u r n i e r, il quale, congratulandosi col prof. M a s s e i, ha giudicato favorevolmente il suo lavoro; e noi certamente dobbiamo convenire che dal punto di vista pratico (quello da cui si è fatto guidare il creatore delle lesioni parasifilitiche) questa separazione è di una colossale importanza.

Signori.

Riconoscere i punti nei quali la nuova separazione, che si propone, delle *lesioni parasifilitiche della laringe*, si distacca dalle lesioni post-sifilitiche e dalle comuni laringopatie sifilitiche, significa rendere omaggio al creatore di questo nuovo capitolo, seguendolo nelle sue profezie: il Fournier dice, appunto, che « esso è chiamato ad allargarsi », e noi allargandolo nel modo come si è tentato, non mostriamo di volerlo guastare.

Non vi è punto dell'aureo libro del Fournier, in cui non sieno ricordate due caratteristiche delle lesioni parasifilitiche, oltre alla loro origine da causa specifica, cioè: la loro simiglianza ad altre di causa diversa, l' impotenza della cura specifica.

Molte, per non dire tutte le lesioni laringee da noi ricordate, hanno queste stesse caratteristiche, e se si vuol farne una *creazione etimologica*, bisogna pure convenire che il *para* (il quale, in composizione, significa: *presso a*) va meglio adatto del *post* nel denotare processi morbosi laringei, semplicemente affini alla sifilide, e che non sempre sono *effetto di processi locali guariti*, o se lo furono, non *lasciarono stigmate* che chiaramente rivelino la causa produttrice.

In fine, noi siamo convinti che schivando i cavilli, evitando gl' inopportuni ostacoli e mirando solo alla conoscenza del vero, noi potremo aiutare il promotore di questa separazione nel *campo laringologico*, il prof. Massei, negli sforzi fatti « per « preparare al pratico (al medico generico più che allo specia- « lista) una guida precisa nelle indicazioni terapeutiche contro « forme morbose, che spesso non perdonano, e soltanto se debita- « mente vagliate, ponno trovare, fuori del mercurio e del joduro, « adeguati compensi ».

Terminando, ricordo ancora il primiero dilemma dal quale son partito: affezioni parasifilitiche o post-sifilitiche della laringe? Io ho ragioni per credere che dalla discussione collettiva, alla quale ques o tema darà luogo, debba scaturire in proposito l'ultima parola.

Un caso singolare di afonìa spastica

pel Dott. Prof. GAETANO GERONZI

Ajuto alla R. Clinica Oto-rino-laringojatrica di Roma

Sotto il nome di *afonia spastica* Schnitzler per il primo, nel 1875, descrisse un particolare disturbo funzionale della motilità della laringe insorgente all' occasione di un tentativo di fonazione.

Allorchè il malato vuol' emettere un suono, lo si vede aprire la bocca, poi arrestarsi incapace di pronunciare alcuna parola.

Se il disturbo è molto accentuato, si ha un ravvicinamento delle corde vocali così forte, che si produce per breve tempo un leggero grado di cianosi ed in tal caso si ha una afonia completa. Ma qualche volta si ha semplicemente un inceppo della favella, la quale si presenta interrotta, *saccadée* e producesi talora la ripetizione delle vocali, di maniera che l'infermo invece di dire p. e. uno, pronuncia u. uno.

Dopo quella di Schnitzler, le osservazioni cliniche di questa neurosi sono restate poco numerose, e fra esse quasi nessuna se ne conta descritta con la dovuta precisione.

Si possono ricordare i casi di Jurasz, Nothnagel, Schech, Langraf, Voltolini, M. Schmidt, Jonquière, Hack, Traube, Mackenzie, Michael, Krause e Fritsche, e di Gutzmann.

Noi non conosciamo ancora bene le circostanze etiologiche che presiedono allo sviluppo di questa singolare forma morbosa.

Si è attribuita importanza, ma per vedute semplicemente teoriche, ora all' isterismo, ora alla neurastenia, neurosi che non si sono però potute sempre mettere in evidenza negli antecedenti dei malati. Si sa soltanto che in alcuni casi, la professione (cantanti — predicatori) o l'abuso accidentale della voce hanno potuto essere con probabilità di ragione riguardate come la causa prima dello sviluppo della malattia.

Il seguente è un caso originalissimo di afonia spastica che ho avuto occasione di osservare e curare (1).

Pietro B. di anni 65, di professione esattore, ha goduto sempre una bella voce, confortata da un più che discreto orecchio musicale, tanto che senza alcuno speciale indirizzo ha potuto cantare più volte in un oratorio nel registro di baritono. Due anni or sono egli ebbe a soffrire una forte corizza con secrezione abbondantissima, che perdurò qualche mese, poi spontaneamente guarì; e però dopo circa un mese, la sua voce cominciò ad abbassarsi e la parola parlata andò sempre più divenendo difficile ed impacciata.

Il malato ha sempre goduto una eccellente salute generale, ed anche ora si sente sano e robusto. Ha moglie e ne ha avuto 11 figli, dei quali 5 viventi e 6 morti. Non ha avuto sifilide; non è alcoolista nè fumatore; ha, anzi, sempre menata vita regolarissima.

I suoi genitori morirono in tarda età per malattia acuta. Non si riscontra alcun antecedente ereditario degno di nota.

All' esame obbiettivo del paziente, si trova un vecchietto vegeto ed abbastanza forte. Non si nota in lui nè alcuna malattia viscerale, nè alcun disturbo di motilità e di sensibilità; ed il prof. Mingazzini, che mi usò la cortesia di visitarlo, non trovò nulla degno di nota nell' esame del suo sistema nervoso.

E però egli ci presenta una malattia della voce contrassegnata dai fatti seguenti.

Se gli si ingiunge di parlare, egli emette una voce completamente afona, che difficilmente si può caratterizzare, ma che si può opportunamente paragonare a quella che emette un tracheotomizzato, in cui il tratto tracheale superiore sia pressochè impervio e quindi nulla la provvista dell' aria.

E per di più, il torace resta come contratto, il collo si raccorcia, la testa si inclina leggermente all' indietro.

Se si stimola il malato a parlare a voce molto alta, qualche volta egli lo può, ma lo può soltanto a condizione di reclinare la testa all' indietro, può dir solo poche parole, ed in mezzo ad una serie di note di media tonalità si ode all' improvviso intercalata una nota acuta; la voce talora sale o discende bruscamente, come avviene in quel disturbo singolare della

(1) Il malato venne presentato alla Società Lancisiana degli Ospedali di Roma nella tornata del 27 Maggio 1899.

voce, che accompagna talora nel giovine il cosiddetto periodo della muta.

Nel mentre il paziente parla, si avverte una distinta contrazione clonica delle commessure labiali e dell' orbicolare delle palpebre. Questa è tanto più evidente, quanto più la voce è afonica, diminuisce al contrario quando il malato sforzandosi a parlare forte vi riesce.

Se gli si ingiunge di emettere le cinque vocali separatamente, egli lo può e può benissimo cantare vocalizzando, e saggiando l'estenzione della sua voce, si nota che la parte bassa tende a divenire sempre più afonica, mentre la parte alta dà note migliori.

Fra le varie vocali, quelle che si prestano a dare note migliori sono le vocali *e* ed *i*.

Il tipo della voce è di tenore leggero, con voce bianca quasi di contralto.

Mentre le vocali sole sono emesse senza fatica alcuna, allorchè il malato deve pronunciare innanzi ad esse una consonante, come per dire do, re, mi, fa ecc., la nota non viene più.

Questo disturbo della voce è indipendente da qualunquue influenza suggestiva. Una sola circostanza degna di nota si è questa, che apresso uno sbadiglio, il paziente può per breve tempo parlare abbastanza bene.

Praticando l' esame rinoscopico si trova: doppia deviazione del setto nasale con convessità a sinistra, l'una anteriore, l'altra posteriore, disposte entrambe in senso trasversale; nella narice destra si vede, in corrispondenza della deviazione posteriore, un angolo acuto rientrante all'altezza del turbinato medio. Il turbinato inferiore di destra è un poco ipertrofico; la mucosa nasale è di colorito normale.

L' istmo delle fauci e la parete faringea sono sensibilmente normali. Allorchè il malato intona una vocale, l' ugola si eleva più o meno, a secondo della vocale che viene emessa.

L' esame laringeo lascia vedere le corde vocali vere pressochè normali, soltanto un poco torbide, opache, mentre le false corde sono leggermente rigonfie. Le corde vocali presentano normali i movimenti respiratori; nella fonazione esse si adducono perfettamente bene e vibrano nella loro totalità, nè si nota in esse alcun difetto di tensione.

Che cosa si può pensare di fronte a questo singolare disturbo fonetico: possibilità della emissione delle vocali, impossibilità di emetterle unitamente alle consonanti, quindi difetto nell' articolazione della parola

Le consonanti sono caratterizzate, come si sa, da rumori particolari, che modificano le vocali al principio ed alla fine della loro emissione e che sono prodotte da vibrazioni causate dall'incontro dell' aria fuoriuscita dalla laringe con ostacoli situati lungo le cavità di risonanza: labbra, lingua, palato. Alla produzione delle consonanti necessitano quindi speciali movimenti del palato, delle labbra, e soprattutto della lingua. Ora, è probabile che, allorchè questi debbono prodursi, intervenga nei muscoli che li effettuano, uno stato di contrazione tonica. Una notevole partecipazione allo spasmo deve provvenire dai muscoli che compiono i movimenti di apertura e di chiusura della bocca; difatti, dopo uno sbadiglio, l'infermo parla meglio, forse perchè la distensione esagerata, che per esso si effettua dei muscoli masticatori, vince per un certo tempo o il loro stato spasmodico o la tendenza allo spasmo.

Oltre allo spasmo dei muscoli determinanti i movimenti necessari alla formazione delle consonanti, ad impedire l'emissione della voce deve indubbiamente concorrere il diaframma, il quale contraendosi paralizza l'azione dei muscoli espiratori e fa rimanere il torace nella posizione di inspirazione.

Nella emissione delle vocali non si ha alcuna difficoltà fonatoria, probabilmente perchè se la variazione di volume della cavità boccale ha una influenza grande sulla loro formazione, si richiede però un movimento delle sue pareti e della lingua in una estensione molto più limitata che per le consonanti e la mascella inferiore può rimanere pressochè allo stesso livello.

Ho battezzato il caso presente come «afonia spastica», ma e nel caso di Schnitzler e negli altri che ho potuto riscontrare, la contrazione impacciante l'emissione della voce la si è vista risiedere nei muscoli laringei e conseguentemente intervenire ad ogni tentativo di emissione di un suono qualsiasi, sebbene talora a preferenza nella emissione di un suono speciale, p. e. della vocale *o*, come nel caso di Schmidt.

Nel caso surriferito, la laringe sembra essere estranea a questo spasmo; dico sembra, perchè l'esame laringoscopico non è possibile durante l'emissione delle consonanti, in cui la bocca deve essere chiusa o semichiusa, ma lo si può a ragione ritenere in vista della sua normale funzionalità nella emissione delle vocali.

Per questo fatto il mio caso sembra singolare, discostandosi per la sua originalità da tutti gli altri descritti nella letteratura.

Volendo definirlo o classificarlo, si prova un certo imbarazzo. Il sintomo principale della malattia consiste in contrazioni muscolari, le quali non si producono se non dietro un movimento voluto, che non rispondono ad esso, che anzi lo contrariano, e per esso, dunque, il caso in questione dovrebbe farsi rientrare nella classe delle cosidette «miotonie acquisite», fra i cosiddetti crampi professionali, come il crampo degli scrittori, dei pianisti ecc.

Si è, difatti, descritto anche un crampo dei cantanti. M a r i n a p. e. riporta il caso di un dilettante di canto, che ogni qualvolta rinforzava la voce ed apriva largamente la bocca nei momenti di maggiore passione, la mascella inferiore cominciava a tremare per contrazione dei massateri e le note uscivano in conseguenza tremolanti.

L'afonia spastica quale fu descritta sembra possa con ragione ascriversi fra le neurosi professionali.

Nel mio infermo non è il caso di pensare all'isterismo, perchè ne mancano le stimmate, nè puossi dubitare che si tratti di un fenomeno riflesso risultante da una lesione situata all'infuori della laringe, perchè all'esame nulla si è riscontrato che giustifichi questo dubbio. Le fosse nasali, che vanno sempre esaminate nei casi di afonia, non presentano nulla di notevole, nè grande valore può attribuirsi al lieve turgore riscontrato sulle false corde, dovuto in parte alle medicazioni alle quali l'infermo è stato da altri sottoposto, chè esso in nessun modo rende ragione dello speciale disturbo vocale.

In riguardo alla terapia, gli antipasmodici ed i cosiddetti nervini, così come nei casi descritti, si addimostrarono inefficaci; del pari nessuna utilità arrecò la corrente faradica e galvanica. Ond'è che credo che il miglior partito sia quello di seguire il suggerimento di G u t z m a n n, di esercitare, cioè, l'infermo dapprima alla ginnastica respiratoria, di cercare di giungere pian piano a prolungare la espirazione quanto è necessaria per la fonazione fisiologica, e così togliere di mezzo l'azione contraria del diaframma e far compiere, quindi, al paziente esercizi metodici delle labbra e della lingua.

RIVISTA DI OPERE E GIORNALI

NATIER dott. M. — *Le epistassi spontanee, a ripetizione* (*Èpistaxis spontanées, à répètition*).

Dopo di aver dato la definizione dell'*epistassi* secondo il concetto moderno, e dopo di averne riassunta la *storia* fin dai più remoti tempi, secondo la divisione di Baumgarten, l'A. riferisce le storie cliniche di 5 casi scelti fra gli altri della sua pratica, nei quali si è presentata l' emorragia nasale a ripetizione, esclusivamente spontanea, per la maggior parte di data antica; ed inoltre, in ciascuno di essi egli ha potuto precisare la sede, ed in tutti è riescito a vincere la malattia definitivamente.

Per dare ai lettori degli *Archivi* una idea dello studio fatto da Natier sopra questi cinque casi, stralciamo alcuni dati più interessanti dai *considerando* posti in fine del lavoro.

Trattavasi di 4 uomini e di 1 donna; il più vecchio aveva 63 anni ed il più giovane 22. La sede dell'epistassi si è trovata sempre sul setto: in quattro, sul luogo di elezione, cioè su quella porzione del setto cartilagineo situata a circa 2 centimetri in dietro del bordo libero ed alla stessa distanza del pavimento; nell'altro (osservazione I), a livello del setto osseo, interessante la branca interna dell'arteria sfeno-palatina, e quindi in un punto troppo elevato per essere visibile con la semplice ispezione.

A questo proposito l' A. insiste sull'esplorazione diretta con lo specchio e lo speculo nasale, suggerendo all'uopo alcune precauzioni. In un solo infermo l'emorragia si produsse dalle due fosse nasali; negli altri 4 fu sempre dal solo lato sinistro; tuttavia in uno di essi, a capo di 5 giorni che si era domata l' epistassi a sinistra, la stessa si rinnovò a destra. La perdita di sangue, e quindi la sintomatologia relativa, fu variabilissima nei detti 5 infermi, nell'ultimo dei quali, specialmente, produsse una seria ripercussione sull'economia.

Ricordate di nuovo le difficoltà della diagnosi, l' A. passando alla prognosi rileva che essa, senza essere sempre oscura e con minaccia di esito letale, presenta assai frequentemente una certa gravità.

In quanto al *trattamento*, egli ammette che tutte le emorragie nasali debbano essere curate; al più si possono guardare con occhio un po' differente le emorragie venose diffuse, più o meno abbondanti, e quelle

arteriose, a getto, con fuoriuscita rapida del sangue; le prime, in una certa misura, permettono di *temporeggiare*, mentre sarebbe delitto non curare le seconde sollecitamente. Ricorda i vari procedimenti in uso per trionfare del fenomeno «epistassi», e poi quelli per la *cura radicale* o *processuale* dell'emorragia. Fra i caustici adibiti a quest'ultimo scopo, preferisce il galvano-cauterio, di cui addita i vantaggi ed i particolari dell'uso.

Tutto sommato, il dott. Natier, senza dir cose nuove, è riuscito a dare a questa varietà di emorragia nasale l'importanza che merita; ha dimostrato che se alle volte essa costituisce un'affezione comune, altre volte ha indicazioni curative urgenti, ed ha posto i pratici in grado di poterla combattere con mezzi nettamente appropriati, a secondo dei momenti in cui sono chiamati presso gl'infermi.

TRIFILETTI

MOURE prof. E. J. — *Cura dei tumori maligni delle fosse nasali* (*Traitement des tumeurs malignes des fosses nasales*).

È un articolo scritto brillantemente, con la solita competenza del prof. Moure e con lodevole intendimento.

Con l'anatomia ed i fatti alla mano, l'A. vuol provare che se la neoplasia ha radici profonde e molteplici, anche una breccia temporanea, comunque ideata, è insufficiente; e se le opposte condizioni lasciano meglio sperare, le vie naturali, per chi ha pratica e pazienza, possono bastare per una cura, talora radicale.

Ecco in due parole non il sunto, ma il concetto della monografia, che consigliamo di leggere a specialisti e chirurgi generici. Per conto nostro dichiariamo che, scorrendo quelle poche, ma dotte pagine, sentimmo rievocare alla nostra memoria ricordi di casi clinici nei quali appunto si era verificato quello che tanto bene ha esposto l'autore.

MASSEI

FERRERI prof. G. — *Fibro-sarcoma del seno sfenoidale.*

Innanzitutto l'A. cerca dimostrare, passando a rivista quanto i più rinomati rinologi hanno scritto, che le affezioni del seno sfenoidale sono incompletamente conosciute e che la relativa chirurgia lascia molto a desiderare. Perciò vede anche egli: 1) la necessità di diagnosticare ed operare al più presto una sinusite sfenoidale, per sottrarre i pazienti a complicanze intracraniche fatali: fatto verificatosi in quasi tutti i casi riferiti dagli altri autori; 2) il dovere, quando v'è il sospetto di una sinusite sfenoidale, di assicurarsi presto se essa è di natura piogena o neoplastica, potendo l'uno e l'altro processo trascorrere per lungo tempo con lo stesso quadro sintomatologico.

Secondariamente, l'A. rende contezza del caso occorsogli, la cui storia morbosa, che comprende età dell'inferma, durata del male, sintomatologia, decorso, esito, risultato dell'esame istologico ecc., non si differenzia molto da quella comune ad osservarsi nei casi di fibro sarcomi impiantati semplicemente alla base del cranio; senza dire che anche la tecnica operativa, impiegata dall'A., non si è discostata dai comuni metodi di asportazione di detti tumori.

Ma vi è un *particolare* che ha indotto il Ferreri a credere primitivo del seno sfenoidale il tumore, ed è che con la guarigione clinica della lesione, egli ha visto residuare, insieme ad una lieve sporgenza della vôlta faringea, *un seno fistoloso in vicinanza dell'orlo superiore delle coane (parte centrale), attraverso il quale, con la sonda si penetrava in una cavità profonda 2 centimetri, a superficie rugosa, non sanguinante ed a bordi regolari.*

Quanto valore possa avere questo *particolare* per fare ammettere più o meno facilmente la detta origine primitiva, ogni lettore potrà considerarlo da sè; ed egli stesso, il prof. Ferreri, si domanda in ultimo: come mai un fibro-sarcoma primitivo del seno sfenoidale abbia potuto restare stazionario per 3 anni e mezzo senza diffondersi alle altre regioni vicine, al di fuori della vôlta faringea? E dopo operata la porzione sporgente nel cavo naso-faringeo, non recidivare la porzione veramente originale, quella inserita nel seno?

A parte codesta quistione d'interpretazione, il caso del prof. Ferreri resta importantissimo da tutti gli altri lati, e principalmente come contributo isto-patologico dei tumori maligni naso-faringei in genere, e delle loro difficoltà operatorie per la via naturale.

TRIFILETTI

GARBINI dott. G. — *L'ipertrofia dell'amigdala faringea (vegetazioni adenoidi) nelle provincie di Messina e Reggio Calabria.*

É un utile contributo a codesta importante forma morbosa ed alla sua distribuzione topografica in Italia, a proposito della quale l'A. accenna pure alla questione etiologica e soprattutto alla teoria di Hertogue, così palpitante di attualità.

E dacchè il Garbini ce ne porge la occasione, noi non sappiamo trattenerci dal f re due sole considerazioni.

La prima è che, senza mancar di riguardo al creatore della nuova denominazione che tenta fare i primi passi nel mondo rinologico, noi non sapremmo affatto sostituire a quella di *vegetazioni adenoidi* l'altra di ipertrofia *dell'amigdala faringea.* Anzi tutto il conservare il nome di una malattia imposta da chi la intravide, è un omaggio che il cuore e la mente consentono; e poi evidentemente la scelta non poteva esser migliore.

Nelle vegetazioni adenoidi si ha *ipertrofia* del tessuto citogene nor-

malmente esistente ed *iperplasia*: così noi troviamo un solo cresciute di volume la tonsilla faringea e le tubarie, ma neoformazione nei tratti intermedii. L'ipertrofia dell'amigala faringea è dunque *parte* (forse la maggiore) di quel tutto che il Meyer riconobbe per vegetazioni adenoidi ed è chiaro che la modifica del nome ci farebbe commettere un errore.

In secondo luogo il Garbini afferma che ora che egli fa sistematicamente l'esame del cavo naso-faringeo, è intimamente convinto che le vegetazioni adenoidi non siano, nei paesi meridionali, così eccezionalmente rare come la maggior parte ritiene (egli riferisce una proporzione del 20 % in infermi di età inferiore ai 15 anni).

In verità, io che esercito in una città ove convengono molti infermi dalla Calabria e dalla Sicilia, posso affermare che ho acquistato anch'io la convinzione, io che sistimaticamente pratico l'esame del cavo naso-faringeo, che le vegetazioni adenoidi siano molte più frequenti in Sicilia che nelle provincie napoletane, e potrei soggiungere che a Palermo casi del genere son tutto altro che rari; ma v'è una seconda parte della quistione sulla quale bisogna intendersi.

Quand'è che noi parliamo di vegetazioni adenoidi? E' una dimanda che lascia prevedere una risposta simile a quella che daremmo se ci dimandassero: quand'è che possiamo parlare di una ipertrofia delle tonsille palatine? In altri termini, se normalmente esiste una tonsilla faringea, come le tubarie, le linguali, le palatine, del loro aumento volumetrico noi non potremo parlare se non quando sono presenti sintomi morbosi, sian pure d'indole puramente meccanica, che invitano a rintracciarne la causa. Altrimenti la percentuale potrà essere elevata a talento. Ma ciò prova che se in date regioni d'Italia le vegetazioni adenoidi non sono tanto eccezionali, eccezionalmente esse raggiungono le dimensioni così comuni a riscontrarsi altrove, in Italia stessa e fuori.

E termino con una dichiarazione: sono anch'io convinto che taluni casi creduti di corizza nei neonati, siano casi schietti di vegetazioni adenoidi; ne ho osservato alcuni, qui in Napoli, ne ho operato qualcheduno e l'importanza per l'età è tale, che sarà bene richiamarvi l'attenzione dei colleghi.

De Dovitiis — *Pinza emostatica per le tonsille* (*Une pince hémostatique amygdalienne*).

La emorragia postuma di tonsillotomia impensieriesce e scuote i più abili: il gran numero di tonsillotomie, il fatto che queste, il più delle volte, si eseguono nel proprio gabinetto o negli ambulatorii, sono due circonstanze che giustificano gli svariati metodi escogitati in surrogazione del taglio dell' amigdala. Pure, malgrado tutto ciò, la tonsillotomia si fa e si deve far sovente, e quando si adopera il tonsillotomo e si è padroni della manovra, la emorragia consecutiva è sempre una brutta sorpresa, perchè

rappresenta l'imprevisto, o meglio una complicanza nella quale l'operatore non entra per nulla.

Fra i tanti mezzi emostatici, la compressione, per efficacia, prende il di sopra, e quella digitale occupa indiscutibilmente il primo posto: ma se si potesse disporre di una pinza, che congiungesse l'automatismo alla sicurezza, certamente il nuovo istrumento verrebbe salutato con entusiasmo.

Fra quelli del genere, a noi è sembrata la pinza del dott. De Dovitiis, un nostro connazionale stabilito a Parigi, commendevole: sono due aste appiattite nel senso verticale, articolate come un compasso, ad angolo arrotondato ed aperto di tre centimetri, lunghe 20, piegate, a 5 centimetri dalla base, ad angolo retto sui margini inferiori. A 2 centimetri da quest'angolo portano un passo di vite con madrevite, e terminano con 2 placche ovalari, larghe 22 millimetri, alte 32, con faccia interna libera, come una pinza da torsione: l'una che si adagia sul punto sanguinante, l'altra che preme sul massatere, ove si applica.

Noi vogliamo augurare che l'esperimento confermi i pregi che, anche da questa breve descrizione, sembrano innegabili.

GAGNONI dott. E. — *Di tre gravi casi di difterite guariti con l'iniezione nelle vene di siero antidifterico.*

Impressionato dal « vantaggio di portare al più presto nel sangue circolante una forte dose di unità antitossiche » ed appoggiato a talune esperienze del Perini e di Knorr, l'A., sull'esempio del Silva, ha praticato, in tre casi di difterite, le iniezioni endovenose di siero antidifterico, con ottimi risultamenti. In tutte tre queste osservazioni si tratta di bambini, con localizzazioni faringee e laringee; bastò una sola iniezione (in uno se ne ripetette un'altra sottocutanea) di 2000—2500 U. I; in uno fu reclamata la intubazione. La sieroterapia venne attuata un giorno dopo l'inizio del male.

Fra le conclusioni, la IV merita particolare attenzione e con piacere ci decidiamo ad analizzarla.

« La pratica delle iniezioni endovenose di siero antidifterico nei bambini, è di una tecnica così facile e così scevra da pericoli di qualsiasi genere, da renderla indiscutibilmente preferibile alla sottocutanea nei casi gravissimi di difterite »: ecco quello che testualmente dice il Gagnoni.

Innanzi tutto noi teniamo a dichiarare che non intendiamo minimamente mettere in dubbio questa legge della più rapida azione, sia perchè già sancita dalla fisiologia e dallo esperimento, sia perchè quanto ha fatto e scritto il Gagnoni nell'Istituto d'Igiene di Siena, sotto la direzione del prof. Sclavo, non può esser discusso.

Noi vogliamo rilevare, invece, che fummo anche noi tra i primi ad alzare

la voce in favore di un precoce intervento; così spiegammo i mirabili successi, controposti agl' insuccessi, unicamente dovuti alla cura tardamente intrapresa; e sostenemmo che le più terribili, fra le localizzazioni della difterite, sono appunto le laringee. In riguardo a queste ultime, bene a ragione si possono dire gravissime, ma esse lo sono sin dal primo esplodere dei fenomeni stenotici, il che vuol dire che, nel crup, più che dalla *durata*, la gravezza dipende dalla *sede* della malattia.

Or bene, di quesse gravissime forme, guarite col siero inoculato sotto pelle, con o senza intubazione, noi potremmo registrare parecchie decine, e siamo convinti che riconosciute od intuite a tempo, anche per esse la mortalità discenderebbe a zero. La *preferenza* per la via endovenosa non risalta, quindi, all'evidenza, tenuto calcolo del precoce intervento nei casi del Gagnoni e della intubazione alla quale si dovette ricorrere, in uno.

Ma quello che non ci entra in mente è la *facilità* della tecnica: lasciamo parlar l' autore. « Oltre al lavaggio *accurato* di uno degli arti superiori (acqua semplice prima e poi sublimato, alcool assoluto, etere) ed al lasciare *accuratamente* coperta la regione del cubito con garza sterilizzata, si fa riposare l' arto, leggermente inclinato in basso, su garza idrofila sterilizzata. Intanto si allaccia l' arto in alto, con un giro di benda di garza sterilizzata, ai cui due capi si fa imprimere da un assistente un movimento di torsione più o meno pronunziato a seconda della maggiore o minore pressione che la benda esercita circolarmente sull'arto. Si ottiene così una replezione dei vasi del plesso venoso della piegatura del cubito, i quali quantunque non sieno per niente visibili attraverso la cute, possono bene localizzarsi (basilica e cefalica) per la sensazione che danno alla palpazione di cordoncini non pulsanti che spariscono e ricompariscono a seconda che si allenta o si stringe l' allacciatura ».

BOSTON MEDICAL MAR 20 1912 LIBRARY

« Allora s' incide per strati nella direzione di uno di questi cordoncini, la cute, per il tratto di circa un centimetro fino al grasso, si dilata con due uncini divaricatori la ferita, con una sonda si sposta l' adipe e si vede la vena turgida, nella quale si pratica l' iniezione, avendo bene cura di scacciare qualunque bolla d'aria dalla siringa, dal tubo di gomma e l'ago, mentre un assistente tiene il piccino, un altro regge la cannula (che deve stare sempre in posizione verticale), mentre l'ago s'infigge in direzione parallela all'asse longitudinale del braccio. Si rilascia, quindi, la benda costrittrice, si injetta lentamente, si toglie con sveltezza l' ago dalla vena, si asciuga con garza fenicata, si sutura la ferita e si medica antisetticamente ».

Io melanconicamente ricordo che i casi di difterite, anche in questo periodo di relativa tregua, non sono pochi; che nei piccoli centri, nelle piccole borgate, a mille cose deve attendere il medico condotto; che ancora si leva qualche voce contro le injezioni sottocutanee, quando un imprevisto, malaugurato accidente è venuto a fare il giro del mondo; che per una semplice puntura ipodermica, molte volte, dobbiamo intraprendere una vera

campagna per dimostrarne la innocuità; che cento persone, parenti, amici, commari, circondano il piccolo infermo; che la scena della laringostenosi già da sola costituisce per se un quadro fosco.... e non mi cape in mente che il guadagnare 2 o 3 ore possa decidere della sorte finale e giustificare una pratica assai più complicata di una injezione sotto cute.

Io non mi capacito della *innocuità* del metodo, quando penso che Silva preferiva la via endovenosa per injettare meno siero, ed il Gagnoni ne inocula per 2500 U. I. con tutti i rischi e pericoli possibili, ma irrecusabili, e che non sono apoditticamente giustificati.

E quando penso che ancora oggi si discute intorno alla efficacia del siero anti-difterico, a me pare che la publicazione del bravo collega non varrà certo a popolarizzarne l' uso, tanto più se riflettiamo che con un siero concentrato noi possiamo accelerare i benefici effetti curativi, e che il tardo intervento, nè distrugge, per un anticipo di poche ore, i deleterii effetti sugli altri organi e tessuti, se le tossine già ne attizzarono, nè disgrega più rapidamente le false membrane, se queste, stivate, spesse e colossali, già ingombavano il lume laringeo e tracheale.

Io non condanno all'ostracismo, con ciò, le injezioni endovenose: dico bensì che nella difterite, anche *grave*, non potranno costituire che, in bene eccezionali condizioni, il metodo di scelta.

SARGNON dott. A. — *Intubazione e tracheotomia, all'infuori del crup, nel bambino e nell'adulto* (*Tubage et trachéotomie en dehors du croup chez l'enfant et chez l'adulte*).

È la tesi inaugurale del dott. Sargnon; un volume di 651 pagine, con 47 figure e 3 tavole, nel quale, con competenza, è trattato del parallelo fra queste due somme risorse nelle laringostenosi. Ma oltre al contributo personale, questo libro contiene numerosi documenti che rivelano quanto hanno fatto e scritto altri, e non è senza soddisfazione che vediamo la larga parte che vi prendono gl'Italiani.

Scopo del lavoro è stato quello di completare, in Francia, lo studio delle stenosi, non derivanti da crup, e dei compensi che meritano: perciò l'A. tratta ampiamente del *manuale operatorio e delle complicanze; delle indicazioni e dei risultamenti finali;* e ad onor suo bisogna dire che la conclusione alla quale egli giunge, cioè che: « *l'intubazione è indicata nelle stenosi suscettibili ad essere curate e dilatate, non solo della laringe, ma anche del tratto iniziale della trachea; mentre la tracheotomia lo è in quelle incurabili o situate troppo in basso,* ci pare la più giusta, più consona alle opinioni altrui e quella che servirà ad accreditare la intubazione, perchè non discreditando la tracheotomia, ne fa, invece, risaltare le precise indicazioni.

MASSEI

BOTEY dott. RICARDO — *Le malattie della voce nei cantanti e la loro cura* (*Les maladies de la voix chez les chanteurs et leur traitement*).

Questa pubblicazione di Botey, apparsa nel fascicolo di settembre 1899, degli « *Annales des maladies de l'oreille et du larynx* », costituisce una vera monografia, che medici specialisti e professionisti della voce leggeranno con profitto, ciascuno per la propria pratica. Giacchè bisogna convenire che, nella letteratura relativa, difficilmente si troverebbe un lavoro d'insieme sulle diverse lesioni della laringe ed i disturbi medianti, della voce che frequentemente si riscontrano nei cantanti, oratori, combanditori ecc. Nè si troverebbe un lavoro in cui sieno ordinate le diverse indicazioni che devono condurre al trattamento curativo. Questo lavoro viene a proposito per colmare codeste lacune; tutto ciò l'autore è riescito a fare con la doppia competenza scientifica e pratica, essendo un distinto specialista ed avendo avuto in cura da 20 anni a questa parte, molti artisti lirici e dei più conosciuti.

Ci basta, intanto, questo semplice annuncio per invogliare i nostri abbonati a leggere l'originale, il quale difficilmente si presta ad essere riassunto per la natura stessa dell'argomento, ed anche se si volesse dare una idea della materia trattata, vi vorrebbero parecchie pagine di stampa. In vero, l'indice del libro è assai semplice: l'autore divide le *malattie dei cantanti* in 3 gruppi: funzionali, catarrali ed organiche, ed il *trattamento* è suddiviso in: profilattico, dietetico, ortofonico, medicamentoso e chirurgico; ma lo svolgimento dato a ciascuna di queste parti è ampliato da tutti quei particolari che la lunga ed oculata esperienza gli ha suggerito, non avendo mancato d'inserire delle opportune storie cliniche e delle figure illustrative sulle diverse immagini laringoscopiche rilevate nei differenti casi a lui occorsi.

TRIFILETTI

VARIA

Salutiamo, con vivo compiacimento, il **ventesimo anno di vita** del nostro Periodico.

Noi ne siamo orgogliosi e contenti : l' indirizzo che seguimmo, gl' intendimenti che ci animano ci hanno procurato, con l' affetto, la stima dei lettori ed è, con legittima soddisfazione, che segnaliamo il numero sempre crescente e già cospicuo dei giornali di cambio, esteri e nazionali.

Il materiale che abbiamo sempre a disposizione è tale, che potremmo da trimestrale, portare a bimestrale codesta pubblicazione: ma preferiamo far poco e bene, anzichè molto e male.

Le colonne del nostro giornale danno ampia diffusione ai lavori della nostra Scuola, fatti nel Gabinetto che vi annettemmo di propria iniziativa e con sagrifizii non lievi; ma come per lo addietro, ci terremo sempre onorati della collaborazione di altri colleghi, ai quali accordammo sempre, felicissimi di farlo, l'ospitalità proporzionata alle nostre forze.

I miglioramenti che apportammo, gradatamente, a questa effemeride, noi continueremo a mantenere, con la fede inculcata dall'onesto ed indefesso lavoro e gli alti ideali che ci schiude la Scienza.

Un ringraziamento, un saluto, un augurio ai vecchi nostri lettori, e la lusinga di poter estendere eguali voti ai nuovi, se non c'illudemmo nel crederci meritevoli d'incoraggiamento.

***

Dal 25 al 28 ottobre dell'anno ora caduto, ebbe luogo in Roma, sotto la Presidenza del prof. Gradenigo, il **IV Congresso della Società Italiana di Laringologia, Otologia e Rinologia**.

Parecchi giornali generici e speciali ne hanno già pubblicato accurati resoconti, ed il redigerne uno, in queste colonne e con tanto ritardo, sarebbe lo stesso che ripetere ai nostri lettori cose note.

Non possiamo fare a meno di rilevare, però, che la riuscita di questa riunione è stata completa: vasto materiale scientifico, argomenti di molto interesse, discussioni sobrie e proficue, cospicuo il numero degli intervenuti.

Gran parte delle debite lodi va devoluta al prof. Gradenigo, che con

laboriosità, competenza e garbo ne preparò il programma e ne diresse la esecuzione.

Facendo uno strappo al Regolamento, l'Assemblea decise che la prossima riunione abbia luogo non in Roma, ma a Napoli; non fra 2 anni, ma nel prossimo aprile o maggio; ciò per concorrere alla buona riuscita della **Esposizione d'Igiene**, che avrà luogo in quel torno, ed in occasione della quale altre Associazioni scientifiche hanno deciso di tenere le loro riunioni, anch'esse in linea eccezionale.

Sotto gli auspicii del nuovo Presidente, il prof. Giulio Masini di Genova, è da sperare che il V Congresso non riesca meno affollato e meno proficuo: e gli è con lodevole acume che il Comitato organizzatore, in vista del breve tempo che intercede fra la passata e la prossima riunione, in considerazione dello spirito che anima le altre associazioni aderenti, ha deciso di limitare ad un solo il **tema** da svolgersi, prescegliendo la **tubercolosi delle prime vie del respiro e dell'orecchio**, ed affidandone l'incarico a cinque relatori.

Noi non dubitiamo che questa limitazione, in favore della quale sempre combattemmo, non sia per decidere della buona riuscita, e siamo certi che tutte le forze dei nostri colleghi, dirette a questo scopo, contribuiranno a risolvere, o mettere meglio in luce, taluni, dei più importanti problemi che si riferiscono a codesto flagello dell'umanità.

Napoli farà degna accoglienza a tanti benemeriti e sarà orgogliosa di venir ricordata come il centro da cui emaneranno innovamenti utili ai cultori delle mediche discipline ed ai poveri malati.

***

Con vera soddisfazione annunciamo che, contemporaneamente a questo fascicolo, vedrà la luce un nuovo giornale: gli **Annali di laringologia, otologia, rinologia e faringologia**.

Quando si sarà saputo che scopo di codesta nuova pubblicazione è quello di diffondere all'estero i lavori delle scuole italiane (facendo seguire ad ogni memoria originale un largo riassunto in lingua francese, tedesca od inglese), e che la direzione è affidata alle mani sapienti del chiaro prof. Giulio Masini, si comprenderà con quanto piacere va salutata questa altra pubblicazione, la quale, senza creare rivalità fra i periodici speciali già esistenti, servirà, invece, a far meglio conoscere e bene apprezzare quello che noi Italiani produciamo e che sovente non è bene conosciuto, o perfino ignorato all'estero.

Editore sarà il signor Edisso Traversari, di Empoli: il giornale, per ora, sarà trimestrale ed i 4 fascicoli (che formeranno un volume di 400 pagine) costerà L. 12.

La Laringologia ha fatto una ben grave perdita: il 13 settembre dello anno passato moriva a Vienna, in età di 67 anni, il professore **Carlo Stoerk.**

Sebbene tutio il mondo medico sia già informato di tanta jattura, e della vita, della operosità, del talento del valoroso Laringologo viennese si sia molto ed opportunamente detto, gli *Archivii Italiani di Laringologia* non possono non segnare a bruno una paginà e scrivere a lettere d'oro il nome di S t o e r k.

Fu operatore geniale, uomo di carattere piacevole e gioviale ed educò parecchie generazioni di medici alla Laringojatria, che appena muoveva i primi passi nella scienza. Laureato nel 1858, conseguì nel 1865 il titolo di Privato Docente, nel 1875 quello di Professore straordinario e nel 1894 quello di Ordinario. Quanto lavoro, quanta costanza, quanta fede! Monito ed esempio alla giovane generazione!

Di lui rimangono molte pubblicazioni, parecchi volumi d'indiscutibile valore pratico, ingegnosi strumenti, e con tanta produzione, il ricordo indelelebile della sua operosità e la stima che seppe meritarsi come uno dei primi maestri di Laringologia ed uno dei più forti pionieri.

***

Ma la morte, inesorabile, non rispetta condizioni, luoghi ed età ed accanto a quella così bene spesa a prò dell' umanità da C. S t o e r k, ha troncato, a soli 39 anni, la vita di **Max Thorner**, un nostro distinto collega che esercitava a Cincinnati. Il 27 agosto 1899 fu trovato morto, nella camera da bagno, in seguito o vizio cardiaco.

M a x T h o r n e r si era laureato a Monaco nel 1884 ed era stato, nel trasferirsi in America, nominato, a Cincinnati, professore di Laringologia nel Collegio medico-chirurgico di quella città. Laborioso ed istruito, lascia cara ricordanza in quanti lo conobbero.

***

Quanto prima compiranno 25 anni che il prof. **Carlo Delstanche** fu nominato, nell' ospedale S. Giovanni di Bruxelles, direttore del *primo servizio otologico* creato nel Belgio.

Ora si è formato un comitato per organizzare una manifestazione in

onore ddl simpatico giubilatario, al quale, non ha guari, il *sesto congresso internazionale di Otologia*, riunito a Londra, assegnava il **premio Lenval.**

Le sottoscrizioni possono essere dirette sia al presidente, dott. **Capart,** 5, rue d' Egmont; sia al segretario, dott. **Delsaux,** 250, Avenue Louise, quivi.

***

Il Direttore e la Redazione del Giornale inviano sentite e profonde condoglianze al prof. Grazzi che ebbe l' immane sventura di perdere l'adorata genitrice il 21 u. s.

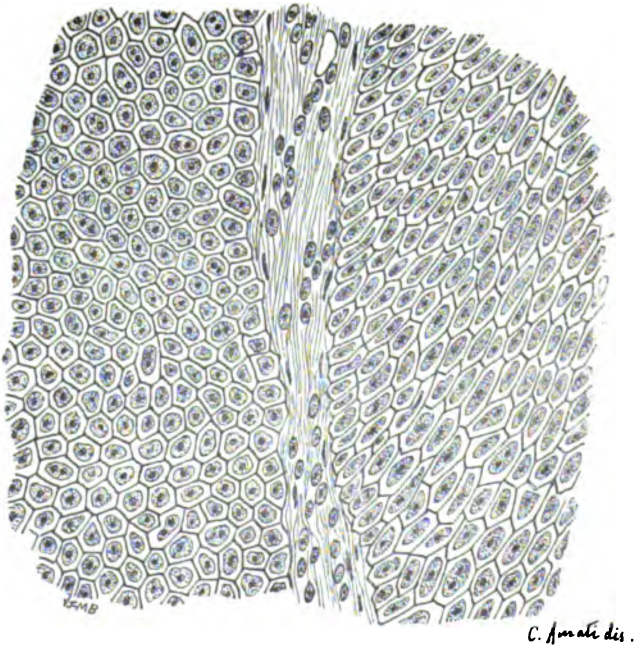
***

Questo fascicolo è di pag. 56, invece di 48, Terremo conto della eccedenza nel prossimo numero.

A. Reale. — Su di un papilloma della regione vestibolare del naso, avente i caratteri del condiloma acuminato e prodotto, probabilmente, da auto-contagio.

A

Zeiss *oc 3 ob a²*



B

Zeiss *oc 3 ob CC*

PARTE ORIGINALE

**Istituto Dermosifilopatico della R. Università di Napoli
diretto dal prof. T. De Amicis**

Su di un papilloma della regione vestibolare del naso

avente i caratteri del condiloma acuminato e prodotto, probabilmente, da auto-contagio

pel dottor ANTONIO REALE Coadiutore

(CON UNA TAVOLA)

Un tal D. C. Angelo, studente della R. Università di Napoli ed inscritto al 5.° anno di medicina, il 16 gennaio dello anno scolastico testè spirato, mi richiese di un consiglio per una lesione localizzata alla metà destra del vestibolo del naso, e diagnosticata per *rinite ipertrofica.*

Mi narrò che era ammalato da quattro anni ed aveva inutilmente tentato le più svariate cure topiche, e se ne togli delle lievi e transitorie fasi di miglioramento, l' alterazione su per giù era sempre rimasta la stessa. Dopo di che procedetti alla osservazione.

In corrispondenza della parte interna della narice destra, nel limite tra setto e sotto-setto nasale, in avanti, esisteva una massa, larga poco meno di una moneta da un centesimo, alta un millimetro all'incirca, di colorito rosso-vivo, frastagliata, in maniera da ricordare molto da vicino l'aspetto clinico del condiloma acuminato.

Con la parte schiacciata di uno specillo provai allora di circoscriverla, per determinarne la base d' impianto e mi avvidi che riducevasi ai due terzi quasi dell'intera estensione.

Stante la grande nettezza praticata dall'infermo e l' applicazione di pomate antisettiche (da alquanti giorni ungeva la parte con pomata composta di losofane gr. 10, olio di ulive gr. 20, sugna lavata gr. 70), mi fu possibile di constatare solo una tenue secrezione purisimile, la quale, microscopicamente esami-

nata, si rilevò costituita da elementi epiteliali in varia fase di sviluppo, da corpuscoli purulenti e da cocchi, molto scarsi per numero e batterioscopicamente non definibili.

Sempre più esaminando la vegetazione, io stesso non mi sapeva dar ragione della diagnosi fatta da chi mi avea preceduto e non potei trattenermi dal comunicare all'infermo il mio dubbio, rivolgendogli, in pari tempo, domanda per sapere se per avventura avesse mai sofferto condilomi acuminati dei genitali.

Il D. C. mi rispose di sì, soggiungendo che i condilomi acuminati erano comparsi nel solco balanico qualche mese prima di avvedersi dell'alterazione nasale; che avea sempre avuto l'abitudine di portar le dita nell'interno del naso, e da ultimo, che la mia supposizione più di una volta gli era balenata alla mente.

Lo pregai di sottoporsi alla osservazione del chiarissimo prof. Massei, il quale, con la squisita cortesia che gli è propria (e di che pubblicamente gli rendo grazie) dopo di aver confermata la mia diagnosi e di aver riconosciuto l'importanza del caso, procedette, con appostito cucchiaino, alla escissione della piccola massa vegetante.

Per quanto maestrevolmente eseguita la manovra, pure per la naturale irrequietezza dell'infermo e per la discreta fuoriuscita di sangue appena mi fu possibile di rintracciare, per mezzo di accurato lavaggio dei coaguli, un pezzettino di tessuto, che debitamente colorato in massa con litio-carminio, fu sezionato in serie e sottoposto ad esame.

La struttura anatomica della vegetazione ricordava molto da vicino quello del condiloma acuminato (come si può agevolmente rilevare dall'annessa tavola) per lo sviluppo delle papille e pel modo di disporsi degli elementi epiteliali, non esclusa la configurazione di essi. Caratteri anatomici specifici il condiloma acuminato non possiede, nè la parvità del materiale ottenuto col raschiamento mi ha permesso di fare uno studio completo istologico, specialmente dal punto di vista della cariocinesi.

Una particolarità di sede credo sia importante a notarsi nel caso mio. I condilomi acuminati si riscontrano con grande frequenza nei punti di transizione fra la cute e le mucose (regione peri-anale, vulva, regione balano-prepuziale ecc.). Ho detto con grande frequenza, imperocchè non mancano delle osservazioni di condilomi acuminati delle mucose, quale ad esempio quella riferita all'Associazione Dermatologica italiana dal dottor Ca-

pellini, della Clinica dermosifilopatica di Bologna, diretta dal chiarissimo prof. Maiocchi.

Ora, tra la struttura anatomica delle sedi che ho indicate e quella vestibolare del naso non vi è forse analogia?

Da ultimo mi sia lecito accennare alla possibilità che nel caso da me riferito siasi potuto avverare un auto-contagio.

Se ben poco si conosce intorno alla etiologia del condiloma acuminato, malgrado le molteplici ricerche istituite, non devesi del tutto rigettare l'ipotesi che tal fatto possa verificarsi, tanto più che taluni tentativi sperimentali avrebbero dato risultamenti positivi (Velpeau, Aubert, Kranz).

E quando si rifletta:

a) che non tutti, indistintamente gli stimoli meccanici, fisici e chimici o schizomicetici son capaci di produrre i condilomi acuminati;

b) che talora iniziatosi lo sviluppo di condilomi, malgrado la nettezza più completa e le causticazioni di essi non sempre si riesce ad impedirne la riproduzione;

c) e che infine per altre produzioni epiteliali (principalissime la verruca e l'acne mollusco) non ancora è detta l'ultima parola;

si ha ben ragione di credere non di troppo azzardata la ipotesi da me stabilita.

Del resto mi affretto a dichiarare che non è nelle mie intenzioni di discutere ciò. Ho creduto soltanto di rilevare un fatto clinico che non trovasi in opposizione di fatti già noti e che per mera accidentalità si è offerto alla mia osservazione.

E concludo: per le indagini anamnestiche e l'aspetto clinico e per la struttura anatomica, che ripete le note macroscopiche e microscopiche del condiloma acuminato, credo potrebbe riguardarsi come tale la lesione di cui ho tenuto parola.

Darebbe pure gran valore a questo modo di vedere la rassomiglianza anatomica che esiste fra i tratti di cute, sedi frequenti delle vegetazioni e quello su cui trovavasi impiantato il tessuto da me esaminato.

Metodo di Krause

nella cura delle sinusiti croniche

del mascellare superiore

pel dott. J. TOMMASI (Lucca)

Dopochè mi occorse di poter constatare *de visu* il buon risultato che, nella cura delle sinusiti croniche del mascellare superiore, dà il metodo di K r a u s e, lo volli sperimentare anch'io, tanto nella mia pratica privata, che nella Poliambulanza dell'Associazione di carità di Lucca, ove dirigo il reparto della sezione Otorino-laringoiatrica. Nello spazio di un anno e dieci mesi ho riscontrato questa lesione cinque volte, di cui quattro in femmine ed una in un maschio e sempre in soggetti al di sopra dei 20 anni di età.

Oss. I. — 15 novembre 98. M. A. del comune di Lucca, nubile, dell'età di anni 50. Da circa un anno e mezzo, in seguito all'influenza, fu colta da forte dolore alla metà sinistra del viso e del capo, che si dileguò al terzo giorno, cominciandole a uscire del pus nel soffiarsi il naso. Da cinque mesi dolori alla guancia sinistra e fortissimi al capo, ma intermittenti. Si fanno lavaggi con la doccia di W e b e r. Dimagrita, pallida, è svogliata nel lavoro e quando vi si mette, è costretta ad abbandonarlo. Presenta denti in cattive condizioni; pus nel meato medio, giallo, denso, cremoso, che cola verso il terzo medio del turbinato inferiore, di odore nauseabondo. Lieve grado d'ipertrofia di questo turbinato.

L' illuminazione per trasparenza dei seni da opacità nettissima a sinistra. L'ammalata con le palpebre chiuse non percepisce la luce con l'occhio sinistro. La pupilla non viene illuminata. I seni frontali sono attraversati egualmente bene dai raggi luminosi. Fatta immediatamente la puntura esploratrice, questa da risultamento positivo.

Il 21 novembre si esegue lo svuotamento col metodo K r a u s e e si cura susseguentemente fino ad ora, 27 settembre 1899.

L'ammalata è migliorata nella nutrizione generale; può oc-

cuparsi in ogni lavoro. Dal giorno dell' operazione non ha accusato più dolori alla testa, nè alla guancia; il pus è diminuito ed ha perduto lo sgradito odore, ma ancora non si può dire interamente guarita. Ricusa l'operazione radicale e perciò si continua nella cura incominciata.

Oss. II. — R. C., donna dell'età di anni 30, del comune di Capannori, ricorre da noi, 9 maggio 1898, per un dolore, ritenuto nevralgico, che ogni tanto si ripete alla fronte e guancia sinistra e che ebbe inizio fino dall'agosto 1897 in seguito a forte raffreddore di testa.

Vengono imbrattati dal pus, che da poco ha odore cattivo, due o tre fazzoletti da naso al giorno. Denti sani.

Sulla superficie interna del turbinato inferiore notasi una striscia di pus provveniente dal meato medio.

All' illuminazione per trasparenza, la guancia sinnistra resta oscura e così la pupilla. L' occhio sinistro non avverte sensazione luminosa. I seni frontali si lasciano attraversare ugualmente bene dai raggi luminosi.

La puntura esploratrice attraverso il meato medio dà risultato positivo.

Il 12 maggio si esegue lo svuotamento ed esce pus fetido in grande quantità. Lavaggio ed insufflazioni di polvere iodoformica. Dopo 15 medicazioni, alla fine di giugno 1898, si rilascia completamente guarita.

Riveduta nel decorso ultimo settembre, afferma d'essere stata d'allora in poi sempre bene, di non essere più stata tormentata da dolori alla guancia ed al capo e di non aver veduto più pus. Infatti, alla rinoscopia anteriore, non se ne scorge traccia. Però alla illuminazione per trasparenza, il seno mascellare di sinistra non si lascia attraversare dai raggi luminosi così bene, come quello di destra.

Oss. III. — C. E. del comune di Pescaglia, ragazza di 22 anni, anemica, è un pò denutrita.

Riferisce che da tre anni le vien fuori del pus fetido dalla narice destra; che non può compiere lavori nei quali sia necessario piegare la persona in avanti ed abbassare di molto il capo, come per raccogliere olive o castagne, perchè l' assale un forte dolore alla regione frontale al di sotto dell' occhio destro. Di qui, sebbene la fanciulla abbia molta propensione al lavoro, nasce in lei un'avversione speciale al medesimo e questo si veifica ancora per lavori manuali assai leggieri.

Denti sani; ipertrofia del turbinato inferiore destro e pus nel meato medio.

All' illuminazione riscontriamo i medesimi sintomi che abbiamo notati nella precedente osservazione. Prova della puntura, positiva.

Viene operata il 26 novembre 1898 e rilasciata guarita ai primi di gennaio 1899. Osservata nell' agosto p. p., si ritrova in eccellenti condizioni di salute generale e dice di non aver provato più i dolori ed i disturbi sopra accennati.

Oss. IV. — M. C., uomo dell'età di 32 anni, celibe, del comune di Capannori, da circa 3 anni, dopo un forte raffreddore, soffre di dolori alla fronte, intermittenti, al di sotto dell'arcata orbitale inferiore sinistra. Ha dentatura sana.

Si soffia dal naso mucosità insieme a pus che ha odore simile a quello di sostanze in putrefazione, che l'ammalato pure avverte. Si accorge che specialmente alla notte cola del materiale dalle coane nella faringe nasale e boccale.

All' esame rinoscopico posteriore notansi croste alla parete faringea posteriore; la mucosa infiammata è cosparsa di granulazioni. Osservasi pus nel meato medio.

Illuminazione del seno del mascellare positiva, sebbene non molto accentuata. Le due pupille non s' illuminavano tanto a luce debole, quanto a luce intensa. Non veniva percepita la luce dai due occhi, con palpebre chiuse.

L'esplorazione colla puntura dà risultamento positivo.

In questo caso, l'osservazione della mancanza del segno di Davidsohn dimostra una volta di più non essere esso costante.

Eseguita l'apertura del seno col metodo di Krause nell'ottobre del 1898, dopo una cura di un mese e mezzo si ebbe la scomparsa del pus e licenziammo come guarito il nostro ammalato, che non rivedemmo più; segno evidente della sua completa guarigione.

Oss. V. — F. C., ragazza di anni 24, di Viareggio. Il 2 febbraio di quest'anno, recatasi da me, riferisce che fin da bambina aveva scolo di pus dalla narice destra; che da tre anni le si andavano estirpando molti polipi da quella parte, ottenendo da ciò beneficio dal lato della respirazione nasale, ma che però continuava sempre a soffiarsi del pus, dal naso; che da un anno soffriva di dolori forti e intermittenti alla testa, al sopracciglio in special modo ed alla guancia destra; che da quattro mesi accusava do-

lori di stomaco e disturbi nella digestione, fatti ch' essa attribuiva alla deglutizione continua del pus che scendeva nella faringe boccale dal naso, e che l'incommodo alla faringe, che l'obbligava a raschiare quasi di continuo per potersi sbarazzare dalle mucosità e dal pus che colava dall'alto, da due mesi si era maggiormente accentuato.

Palato molle e faringe naso-boccale fortemente arrossati e cosparsi di granulazioni; pus di colore bianco sporco, denso riscontrato nel cavo naso-faringeo ed in corrispondenza dell'infundibulum, nonchè in tutto il meato medio; tumefatto il turbinato inferiore e medio, il quale ultimo presenta degenerazione mixomatosa nella sua parte anteriore.

All'illuminazione dei seni riscontriamo opacamento a destra; il seno frontale destro rimane oscuro in confronto del sinistro.

Anche qui il segno di Davidsohn e Garel è mancante.

La punzione esploratrice dà esito incerto.

Il 14 maggio si procede col solito metodo alla cura del seno del mascellare e, previa asportazione della metà anteriore del turbinato medio, s'inizia in appresso la cura del seno frontale con le lavande.

Fino ad ora, 27 settembre 1899, sebbene avessimo notato un grandissimo miglioramento, inquantochè i dolori alla testa, ai sopraccigli ed alla guancia siano divenuti molto rari, sia cessato ogni e qualunque disturbo di stomaco, i fatti faringei siano scomparsi e poco pus venga fuori dal naso (un fazzoletto al giorno), pure non si può dire che la nostra ammalata sia guarita. In vista di ciò, noi consigliammo l'operazione radicale dei seni fronto-mascellari, inquantochè l' esperienza insegna che, quando il seno frontale ed il mascellare della stessa parte sono ammalati, è necessario agire su tutti e due contemporaneamente per ottenere un risultato definitivo.

In tutti questi casi non venne eseguita la prova di Fränkel perchè, come pensa anche il mio illustre maestro prof. Massei, è molto incommoda all'ammalato. Si ricorse (quando all'esame obbiettivo si constatava del pus nel meato medio e specialmente in corrispondenza dell'infundibulum, nella metà anteriore di questo, ove sboccano il seno frontale, il seno mascellare e le cellule etmoidali anteriori) all' illuminazione elettrica per trasparenza ed alla prova di Cozzolino, graduando coll'aiuto del reostato la intensità della luce. In questi cinque casi notammo una differenza, nell'illuminazione della guancia, marcatissima nelle osservazioni I., II., III. e IV.

Il segno di Davidsohn, come quello di Garel, era molto spiccato nella I., II. e III.

L'illuminazione per trasparenza dei seni frontali dette risultato positivo solo nella V. osservazione: negli altri casi fu negativo.

Previa cocainizzazione della parte, fu, in ogni caso eseguita la punzione esploratrice con la siringa di M. Schmidt, modificata da Schaetz, debitamente sterilizzata, attraverso la parete del meato medio, dando all'istrumento una direzione molto pronunciata dall'alto al basso.

Fatta l'aspirazione, abbiamo sempre constatato pus in maggiore o minore quantità nella siringa. Nell'osservazione V., in cui avemmo coll'illuminazione per trasparenza un segno positivo pel seno frontale sinistro, previo lavaggio del seno mascellare lesione con acqua sterilizzata tiepida e previa nettezza del meato medio con batuffoli di cotone, si potè, poco dopo, constatare pus nell'infundibulum, sintomo, che unito al primo, rendeva certa la diagnosi di cronica sinusite fronto-mascellare con partecipazione probabile delle cellule etmoidali anteriori, essendo queste quasi sempre coinvolte nel processo morboso.

Come in tutte le suppurazioni croniche dell'orecchio medio, qualunque sia stata la causa che le abbia prodotte, eccettuate quelle in cui si presentano dolori spontanei anche sulla mastoide, accompagnate ad estensione rapida del processo d'osteite cronica o dove vi è minaccia di complicanze endonacriche, è oltremodo prudente e saggio tentare una cura razionale con tutti i mezzi dei quali oggi l'oto chirurgia dispone prima di addivenire alla mastoidotomia radicale; così, anche nelle sinusiti del mascellare, prima di ricorrere alla cura radicale, mi sembra debbasi attenere alle medesime regole che ci guidano nella cura delle otiti croniche. Ciò non tanto, per il pericolo insito all'atto operativo, che è ben lieve o nullo in mani esperte, quanto per la bruttura e lo sfregio che vengono arrecati alla venustà della persona, specialmente nell'operazione radicale del seno frontale e poi anche perchè, come le otiti croniche, così anche le sinusiti possono completamente guarire con atti operativi di minore importanza i quali non lasciano traccia alcnna di deformazione appariscente.

Però, dopo un certo periodo di tempo di cura infruttuosa, è necessario consigliare un trattamento radicale per non esporre il paziente a complicazioni irreparabili, che possono sempre presentarsi, data la breve distanza fra la sede di queste regioni e organi così importanti per la nostra esistenza.

Mentre nelle forme acute, in moltissimi casi bastano semplici lavaggi attraverso l'apertura del seno nel meato medio, attraverso l'hiatus semilunaris, nelle croniche si sono dimostrati impotenti.

In ogni processo suppurativo si è sempre badato ad osservare il principio di dare al pus facile uscita (*ubi pus, ibi evacues*), ciò che, per le raccolte purulente nel seno del mascellare, nel miglior modo si effettua con l'apertura attraverso l'apofisi alveolare.

Ma di quali e quanti inconvenienti è causa questo metodo!

Il pus, che continuamente si forma, cola nella cavità buccale, si mescola al cibo durante l'atto della masticazione, costituendo un incommodo grave ed a lungo andare un danno per la funzione digestiva. In questa cavità è un flora di germi patogeni, i quali attraverso l'apertura fatta, o anche se turata mediante apparecchio di protesi, si possono fare strada e penetrare nel seno, peggiorando le già anormali condizioni. Per ovviare a ciò, si è proposto di creare un'apertura più che sia possibile in basso sulla parete interna del seno per il meato inferiore, considerando anche che i germi, che là possono capitare, non posseggono più quella virulenza, come nella cavità buccale, dato il potere battericida del muco o della mucosa nasale.

Col metodo Krause tale apertura si ottiene molto celermente, e se la lesione non ha ancora preso le ossa e non vi è partecipazione del seno frontale, sia essa dovuta a causa nasale o dentaria, in un tempo relativamente breve si ha generalmente la guarigione. Messo un tampone di ovatta, imbevuto di una soluzione forte di cocaina, nel meato inferiore e sterilizzato il trequarti di Krause, con un sol colpo si attraversa nella località, in cui l'osso offre minor resistenza, situata a qualche millimetro avanti al limite fra il terzo medio e posteriore del turbinato inferiore, la parete interna del seno. Penetrato lo strumento in cavità, di che ci avverte una certa resistenza vinta, si ritira il trequarti, facendo restare in sito la cannula e con un apparecchio qualunque si inietta ripetutamente una soluzione al normale di cloruro di sodio tiepida, precedentemente sterilizzata. Si caccia il liquido, che può essere rimasto dentro il seno, previa constatazione che l'ultimo uscito sia limpido, con iniettare ancora di seguito aria e così finiamo il procedimento coll'insufflare iodoformio o nosofene, avendo procurato per quanto è possibile il prosciugamento della cavità con batuffoli di cotone allungati e sterili, introdotti attraverso

la cannula avendo cura di mai abbandonarli a se stessi. Nei giorni successivi si ripete la introduzione della cannula, munita ora di un mandrino con estremità ottusa, e se alle ripetute iniezioni di aria non si presenta grande quantità di pus, ci si astiene dai lavaggi, insufflando solo una delle polveri summentovate a fine di seguire i principii della chirurgia generale, sapendo che i germi trovano un terreno disadatto per il loro sviluppo quantò più l'umus, in cui vivono, è asciutto.

Così operando nei cinque nostri casi, nei quali non facevano difetto i sintomi principali (il dolore assai marcato nelle regioni in cui di preferenza si suol manifestare, ma che alle volte può essere moderato o presentarsi sotto forma di nevralgia dentaria o diffuso al capo, il pus dalla narice affetta, evenienza in molti altri mancante o solo intermittente) così operando, dico, in tre si è ottenuta la guarigione, che si può considerare perfetta per il lungo tempo trascorso senza che i pazienti accennassero più a disturbi di sorta alcuna. Negli altri due casi, (oss. I. e V.) non si è ottenuta la guarigione e molto probabilmente questa nella I. non potrà effettuarsi senza l'operazione radicale, abbattendo la parete anteriore del seno ed asportando tutto ciò che di patologico si trovi; nella V., oltre l'operazione radicale sul seno del mascellare, sarebbe necessario aggredire anche il seno frontale dall'esterno, essendovi empiema fronto-mascellare, giacchè il pus, che cola dal seno frontale per il suo canale, arrivato nell'infundibulum può penetrare nell'antro d'Highmoro per la sua apertura fisiologica nel meato medio, quindi anche portato a guarigione quest'ultimo senza preoccuparsi del frontale, ne potrebbe derivare a non lunga scadenza una nuova infezione.

Da tutto ciò si deduce:

1.° Che nelle sinusiti croniche dei seni mascellari, prima d'intervenire con operazioni radicali, è bene ricorrere a mezzi più semplici, potendo anche con questo ottenersi guarigioni durature.

2.° Che fra gli atti operativi semplici, è da preferire quello di Krause, il quale si compie senza sagrificio di turbinati, con la maggiore possibile celerità e senza gran dolore del paziente.

3.° Che viene con questo impedito al pus di colare nella cavità buccale, beneficio non piccolo pel paziente, senza dire che si rende più difficile la penetrazione dei germi, patogeni o no, nel seno.

4.° Che con la cura secca, la mucosa affetta viene posta in condizioni tali, da esserne accelerata la guarigione.

Gennaio 1900.

Istituto di Laringojatria della R. Università di Napoli
diretto dal Prof. Ferdinando Massei

Le glandole dell'anello di Waldeyer
(specialmente le tonsille palatine)
considerate come via di entrata delle affezioni microbiche

Studio clinico-sperimentale

del dottor ALFONSO PIRERA
Assistente straordinario nella 1. Clinica Medica (*)

La supposizione che buona parte delle affezioni dipendenti da microrganismi si facciano strada attraverso il sistema linfatico (e di preferenza per le glandole più esposte alle cause patogene del mondo esterno) si è fatta sempre degna di fede da qualche tempo in quà. Recentemente si sono pubblicate osservazioni che confermano una tale supposizione, ed esse riguardano più specialmente la infezione tubercolare.

Sono stati, invero, dimostrati, con la conferma dell'esame microscopico ed istologico, casi di tubercolosi primaria delle tonsille palatine o faringee, e casi clinici di tubercolosi delle medesime glandole con esame dell'apparecchio respiratorio negativo: casi, però, che, in seguito, mostrarono fatti evidenti di tubercolosi anche degli organi toracici.

Anzi il Krieg, in un recentissimo ed oltre ogni dire completo lavoro sulla trasmissibilità della tubercolosi, dopo di aver riportate tutte le teorie emesse in precedenza, viene a discorrere di quella linfatica, mostrandovisi propenso.

(*) Pubblichiamo volentieri questo lavoro, che formò l'argomento della tesi di laurea del sig. Pirera, fatto sotto la solerte direzione del dottor Giulio Martuscelli, Preparatore dell'Istituto, che con tanto amore si occupa della parte sperimentale.

La Redazione

Sull'istesso argomento vi sono altri lavori sempre recentissimi, dello Strauss e dello Scheibner (*Deutsche Medicinische Wochenschrift* 1899), coi quali si conferma sempre più l'esistenza della tubercolosi primaria delle tonsille, sia palatine, sia faringee.

Anche Goodale, in un lavoro pubblicato nel giornale medico-chirurgico di Boston (19 maggio 1898), sul trattamento di certe forme di linfadeniti cervicali per mezzo dell'introduzione di sostanze estranee nelle tonsille palatine, ha emessa l'ipotesi che l'infiammazione, spesso tubercolare, delle glandole angolo-mascellari sia dovuta alla penetrazione del bacillo di Koch attraverso le tonsille palatine.

E questa opinione è, invero, confermata dagli esperimenti, che hanno dimostrato come si possa determinare una tubercolosi sperimentale dei gangli angolo-mascellari negli animali ai quali si amministra un cibo commisto a bacilli di Koch.

Cornil, d'altra parte, fin dal 1886, ha potuto notare nel liquido delle tonsille dei morti per pulmonite, molteplici microrganismi, con prevalenza dei pneumococchi. Per cui l'autore suddetto concludeva che il virus pneumococcico si diffonde da questa nuova sede (le tonsille) dando luogo ai diversi processi infiammatorii, a seconda dell'organo e del tessuto nel quale i germi si fermano e si sviluppano.

Anche il Massei accetta che i microrganismi possano, in determinate condizioni, penetrare attraverso l'epitelio tonsillare e produrre infezioni locali e generali. Conseguentemente, egli dice, si dovrebbe considerare la reazione febbrile in seguito ad un attacco di tonsillite come l'esponente di un atto di autodifesa da parte dell'organismo.

Ora, queste osservazioni, riportate in varii periodici, sia di specialità che generici, e le poche osservazioni che ho potuto fare, nella clinica del prof. Massei, di casi di manifesta tubercolosi primaria delle tonsille, oltre alle osservazioni di svariate lesioni microbiche delle medesime glandole (lesioni studiate sulla guida del reperto batteriologico) m'indussero a stabilire come argomento di studio, appunto il potere, o meglio il valore che possibilmente hanno queste glandole, riguardate come porta di entrata delle malattie.

Ho creduto, quindi, ripetere gli esperimenti eseguiti dai pochi che mi hanno preceduto, variandoli in buona parte e completandoli con lo studio di ciò che maggiormente interessa, cioè per la parte che riguarda i batterii patogeni: studio trascurato da tutti, e da me iniziato sopra animali da esperimento.

Prima, però, di venire alla esposizione delle mie ricerche clinico-sperimentali, mi piace riportare in brevissimo sunto le opinioni emesse dagli altri, in base agli esperimenti eseguiti.

Le conclusioni, alle quali pervennero i diversi autori, furono le seguenti:

1.) che normalmente esistono batterii nelle cripte tonsillari;

2.) che questi si fanno strada attraverso gli spazii linfatici interfollicolari, penetrando nelle glandole attraverso il lasco epitelio che riveste le cripte;

3.) che iniettando soluzioni colorate (carminio ecc.) nelle cripte, i granuli di colore attraversano l' epitelio delle cripte stesse, s'internano nel tessuto tonsillare e, di fronte all'attività fagocitaria dei leucociti, vengono in gran parte assorbiti e distrutti.

***

I miei esperimenti, quindi, sono stati condotti in questo modo.

1.) Iniezioni di soluzioni colorate nelle cripte delle tonsille d'infermi presentatisi nell'ambulatorio: tonsille asportate a diverse ore dalla iniezione del colore.

2.) Strisciamento di un saprofita innocentissimo (prodigioso), su tonsille di altri infermi.

3.) Strisciamento di patogeni, presi dalle culture pure, su tonsille di cani: operazione fatta sotto narcosi morfino-cloralica, la quale ci permise di sorvegliare perfettamente il campo d'operazione, di disinfettarlo ecc.

***

Gl'infermi, sui quali praticammo le nostre osservazioni, furono scelti, a bella posta, tra individui di varie età; sempre, però, giovani, e che presentavano ipertrofie tonsillari, ora schiettamente lacunari, ora fibrose.

Premetto brevissimamente le storie cliniche di ognuno dei soggetti in esame.

1.ª — A. M. di otto anni, bambina di ottima costituzione e di precedenti gentilizii buoni. Nulla ai prolabii, alle pinne nasali, alle congiuntive bulbari e palpebrali, che dimostrasse linfatismo.

Le tonsille presentavano le lacune abbastanza sviluppate, con scarso megma in alcune di esse.

2.ª — A. P. di tredici anni, giovanetto di apparenza emaciata; ma nulla presenta che giustifichi la più lontana supposizione di fatti tubercolari. Tonsille grandemente ipertrofiche, piuttosto fibrose e con poche e sviluppate lacune.

3.ª — N. R. e 4.ª D. R. Due bambine, sorelle, affette tutt' e due da tonsilliti fibrose bilaterali. Anche quì nulla nel gentilizio.

4.ª — R. M., giovane sui 25 anni, affetta da tonsillite lacunare. Ottimi precedenti; nessuna malattia organica pregressa.

Di questi cinque ammalati, quattro furono trattati con iniezioni di soluzione satura di carminio purissimo (cocciniglia), filtrata e sterilizzata in provette chiuse con ovatta; soluzione iniettata mediante la comune siringa di Krause, senza bisogno di cannule speciali, bastando allo scopo un pò di delicatezza nella manovra per evitare le possibili scontinuazioni dell'epitelio della tonsilla.

L'ultima inferma, R. M. venne trattata con strisciamento di cultura pura (su patata) di micrococco prodigioso, cultura sparsa sulla tonsilla mercè piccolo batuffolo di ovatta sterile.

La tecnica di questi esperimenti fu semplicissima. Agli ammalati fu previamente disinfettata la cavità orale, nasale e faringea mediante polverizzazioni e pennellazioni all'acido fenico: d'altra parte si procedeva all' accurata disinfezione delle ghigliottine, come alla sterilizzazione a secco delle capsule di Petri, in cui raccoglievamo il materiale di esperimento.

Non appena asportate, con tutte le cautele ora accennate, le tonsille, le fissavamo direttamente in alcool assoluto.

Da quelle asportate all'ultima inferma venivano praticate immediatamente (previa disinfezione della loro superficie con soluzione borica e con ovatta, precedentemente sterilizzata e con etere), culture per strisciamento su agar, con materiale raccolto dalle cripte per mezzo di ansa sterile di platino: e di più, con forbici e pinze passate alla fiamma, si asportavano pezzi parenchimali della stessa tonsilla, i quali erano portati con ansa sterile di platino, in altri tubi di agar, e tenuti poscia al termostato.

Quanto, poi, agli animali, su cui si praticarono altri esperimenti si tenne il seguente metodo.

Narcotizzatili, con iniezioni della seguente soluzione:

cloralio idrato	gr.	40
cloridrato di morfina	centigr.	20
acqua distillata	gr.	200

un c. c. per ogni 400 gr. di animale

e sopraggiunto il sonno, erano legati, supini, sul tavolo da vivisezione, e si adattava alla loro bocca una morsa, la quale permetteva di tener divaricate completamente le mascelle.

La lingua era tirata fuori della bocca con una pinza comune, tenuta in modo da non ostacolare l'operazione.

Dopo generosa disinfezione, con soluzione fenica al 3 $^{0}/_{00}$ di tutta la cavità orale e delle regioni tonsillari, con piccoli batuffoli di ovatta, affidati a comuni spirali (il tutto precedentemente sterilizzato) venivano eseguiti strisciamenti sulle tonsille con culture pure in brodo di stafilococco aureo, favoritoci dalla somma cortesia dell'illustre prof. De Giaxa, al quale attestiamo la nostra gratitudine, per averci ispirato codesti studi e permesso, così, di dar corso ai nostri esperimenti.

Dalle tonsille asportate dal cane, si ripetevano, sempre, con tecnica scrupolosa, culture su agar, sia dalla superficie delle glandole, sia dai tessuti del parenchima di esse.

Ecco, ora, i varii reperti istologici e batteriologici dei miei esperimenti.

I. Iniezioni di carminio

Il risultato delle quattro iniezioni è stato differente, non già tenendo conto del diverso tempo pel quale fu lasciato in sito il carminio (un'ora, due ore, ventiquattr'ore), sibbene riguardo alla natura della ipertrofia tonsillare. Poichè rinvenimmo il colore tra le cripte e il connettivo interfollicolare, solamente in quelle tonsille che presentavano lacune evidenti. Nelle altre, invece, appena residuava qualche granulo di colore nelle scarse e poco profonde insenature epiteliali.

La figura 1.ª dimostra, attorno ai granuli di carminio, un ac-

Fig. 1ª

cumulo maggiore di leucociti, tanto che, a piccolo ingrandimento (v. la stessa fig.) sembra che il colore stia in un follicolo.

Esaminando l'istesso punto con ingrandimento maggiore

(Zeiss $\frac{3}{F}$), si scorgono (fig. 2.ª) i singoli granuli, che formano un

Fig. 2.

notevole contrasto (per la doppia colorazione della glandola con ematossilina ed acido picrico) con il tessuto che li contiene. Di più, si nota che la massima parte dei leucociti polinucleati contengono uno o più granuli di colore; mentre le altre cellule linfatiche ne sono prive, e sôltanto esse si addensano in corrispondenza degli ammassi di carminio. Questo reperto si riferisce ad una tonsilla asportata un'ora dopo la iniezione (oss. I).

In un' altra tonsilla, asportata tre ore dopo (oss. II.) si nota che il carminio si raccoglie direttamente sotto l'epitelio, infiltrandosi pure in un follicolo vicino: inoltre si ripete il reperto innanzi descritto ed appartenente alla I. osservazione (fig. 3.ª).

Fig. 3

Nelle tonsille appartenenti alle altre due osservazioni (III. e

IV.) il carminio non è stato rinvenuto: si trattava di tonsilliti fibrose.

II. Strisciamento di prodigioso

Le culture eseguite sulla tonsilla asportata (oss. V.) sia quelle eseguite dalla superficie, sia dal parenchima della glandola, furono tutte positive: ciò dimostrava, che il prodigioso aveva attraversato il rivestimento mucoso delle cripte, e si faceva strada nel tessuto glandolare. Difatti, dai preparati microscopici eseguiti a scopo batteriologico, risulta che veramente il prodigioso si rinviene nella glandola, maggiormente nelle grosse trabecole fibrose di essa ed in qualche leucocito: sempre, però, in quantità enormemente scarso.

III. Strisciamento dello stafilococco aureo sulla tonsilla del cane

Per quanto la tonsilla del cane non presenti cripte cioè infossamenti del rivestimento epiteliale, che, in questi punti diventa lasco e fatto di pochissimi strati, ma appena qualche leggiera ondulazione dell'epitelio, pure la diffusione del microrganismo nelle glandole è enorme.

Lo stafilococco piogene forma, al disopra della superficie del rivestimento epiteliale, come uno strato continuo, poichè il numero dei microrganismi che vi si rinvengono è enorme. Come pure è importante rilevare un accumulo di leucociti, i quali in buona parte sono confusi coi microrganismi; anzi contengono molti di questi. Dalla superficie lo stafilococco discende (v. fig. 4.ª) gradatamente diminuendo, quanto a numero, però sempre conservandosi abbondante, negli strati profondi. Attraversati tutti gli strati dell'epitelio, esso si diffonde nel tessuto glandolare proprio della tonsilla; ma questa volta si rinviene addirittura nei follicoli, ove conserva l'aspetto a grappolo caratteristico, in un modo assai evidente (v. la stessa figura). I leucociti in buona parte contengono nel loro interno singoli cocchi, od anche molti di questi.

I reperti delle culture, eseguite dalla superficie e dal parenchima tonsillare, sono risultati: il primo negativo, il secondo (quello del parenchima) affermativo completamente, essendosi ottenuta una cultura pura.

L'apparente contrasto tra il reperto batterioscopico ottenuto dai tagli al microtomo (che ha dimostrata la presenza dei coc-

chi nella superficie tonsillare) ed il reperto negativo ottenuto dalle culture, eseguite dalla superficie esterna delle stesse tonsille, va spiegato in questo senso: cioè, che, delle due tonsille dell' animale, una fu immediatamente fissata nell' alcool assoluto, e servì per le ricerche sui tagli; l'altra, servita tutta a scopo di cultura dal parenchima tonsillare, fu previamente lavata con etere e con soluzione antisettica sulla sua superficie esterna.

Fig. 1.

E ciò fu fatto pensatamente, per allontanare tutti i microrganismi dalla superficie stessa della tonsilla e per essere sicuri che, se germi si sviluppavano nelle culture eseguite dal parenchima glandolare, essi non potessero provvenire che dal solo parenchima della tonsilla in esame. Come noi abbiamo ottenuto queste intento, lo dimostra appunto l'essere riuscite negative le culture eseguite dalla superficie esterna della tonsilla, positive quelle eseguite dal parenchima.

Ecco, quindi, quello che ci è permesso di stabilire, tenuto conto degli esperimenti da noi eseguiti.

La tonsilla dà passaggio, specialmente in certe condizioni, a granuli di colore ed a microrganismi: più ai secondi, che ai primi; i quali si arrestano presso l'epitelio delle cripte, mentre che i microrganismi si fanno strada facilmente attraverso i follicoli.

I patogeni vincono con una facilità maggiore l'ostacolo opposto, al loro passaggio, dall'epitelio e dal tessuto linfatico: concetto già sanzionato dalle leggi della bioparassitologia e che, nei miei preparati, è dimostrato dal trovarsi il piogene in numero rilevantissimo nei follicoli e nelle trabecole che li dividono. Non così il prodigioso, il quale è un saprofita e, come tale, è poco resistente di fronte all'epitelio.

Circa la differenza di struttura delle tonsille operate, è da rilevare che rispondono affermativamente alle inoculazioni, quasi in modo esclusivo, le lacunari. Così si viene a rendere ragione, in gran parte, a coloro che asseriscono essere l'assorbimento possibile, nelle tonsille, solo per le cripte. Ma i nostri esperimenti, completati coi patogeni, ci permettono di stabilire che tutto questo è vero solo per le iniezioni di carminio, come per gli strisciamenti di cocchi saprofiti. Quando, invece, si ha che fare con patogeni, questi molto più facilmente si scavano la via attraverso il rivestimento epiteliale della superficie, portandosi in gran numero nell'organo e diffondendosi fors'anche nel l'organismo.

Da ciò ne consegue che, a quanto pare risulti dal nostro lavoro, la tonsilla normale, cioè quella non ipèrtrofica, è più adatta al passaggio di microrganismi. Affermazione che potrà essere meglio dimostrata da altri esperimenti comparativi. Per ora crediamo di potere spiegare il fatto col tener conto della fase iperplastica che sempre si rinviene nelle tonsilliti lacunari, e del fatto che le trabecole, nelle tonsilliti fibrose, sono molto più spesse di quello che si richiederebbe, perchè i microrganismi potessero superare la loro barriera.

Dimodochè noi concludiamo:

1) che esiste un assorbimento per le tonsille;

2) che esso si effettua maggiormente, ma non esclusivamente, per le lacune;

3) che i microrganismi saprofiti passano come i granuli di colore, e forse più facilmente;

4) che i patogeni (nel caso attuale lo stafilococco aureo)

hanno dato il tipo di maggior diffusione; però in una tonsilla normale;

5) che *pare* sia necessaria la integrità di struttura del parenchima tonsillare, perchè la glandola sia maggiormente inficiata: ed invero, o una fase iperplastica o, più ancora, una fase fortemente fibrosa, possono contribuire ad arrestare i microrganismi nel loro lavoro di diffusione, ed ostacolare l' assorbimento delle sostanze estranee da parte della tonsilla;

6) che le tonsille palatine possono riguardarsi come una porta delle più accessibili alle affezioni microbiche.

***

Sento il dovere di ringraziare pubblicamente oltre il chiaro prof. De Giaxa, anche l'illustre prof. Massei e l'egregio preparatore, il dottor G. Martuscelli, peravermi permesso di lavorare nell'Istituto, e per la messe feconda di consigli dei quali mi furon larghi nel redigere questo lavoro, che va considerato come una semplice nota preventiva, avendo tuttora in corso la serie degli esperimenti con i diversi batterii patogeni delle prime vie respiratorie.

Napoli, febbraio 1900

RIVISTA DI OPERE E GIORNALI

PEREZ dott. F. — *Ricerche sulla batteriologia dell' ozena* (*Recherches sur la bactériologie de l' ozène*).

Loewenberg (1884-94) ed Abel (1893) descrivono col nome di *cocco-bacillo* dell' ozena e di *bacillus-mucosus*, un microrganismo da loro trovato sempre nel muco nasale dei malati d' ozena. Riconoscono che vi è grande rassomiglianza tra questo cocco-bacillo, il pneumobacillo di Friedländer ed il bacillus mucosus; quest'ultimo sarebbe una varietà del pneumobacillo. Ciò malgrado, Abel pensa che il nome di *bacillus mucosus* debba esser conservato per indicare l' origine nasale di questo microbo del gruppo del Friedländer.

L' A. è dell' opinione di Abel; ma quanto a dichiarare questo il vero microbo dell' ozena, fa rilevare che Abel è obbligato ad allargare il quadro di questa malattia, alterandone la fisionomia clinica, così caratteristica, e creandone una nuova forma, l'ozena frusto, senza atrofia, senza odore fetido, nella quale, soltanto il nome, ricorda la malattia, ma dove si trova il *bacillus mucosus*. Per Abel *l'odor di cimice* sarebbe cosa secondaria, mentre il segno veramente caratteristico di questa affezione, sarebbe una secrezione filante, spessa, viscosa; caratteri che appartengono pure alle culture in mezzi solidi del bacillus mucosus, sprovvisto, del resto, di fetore. Al bacillo pseudo-difterico, considerato da Belfanti e Della Vedova come agente specifico dell' ozena, non viene attribuita alcuna importanza.

L' A., invece, nel laboratorio di Lignières, ha trovato in parecchi casi di ozena un microrganismo che gli pareva essere il vero microbo specifico dell' ozena e che non è stato ancora studiato. Egli lo chiama *cocco-bacillo fetido* dell' ozena.

Con un ago di platino a forma di spatula e con uno speculo nasale previamente passati alla fiamma, raccoglie un po' di secrezione, soprattutto dal meato medio, ed innesta immediatamente più tubi di agar, di gelatina, di siero coagulato e di brodo peptonizzato. L'indomani procede al loro esame ed all' isolamento. Ciò che colpisce è lo sviluppo frequente ed assai abbondante di un microbo, la cui cultura è caratterizzata da un aspetto lucente, mucoso, come di porcellana. È il microbo descritto da Loewenberg ed Abel. Questa coltura è sempre disseminata di nume-

rose colonie di varii microbi, poichè una delle caratteristiche batteriologiche dell' ozena è la sua flora microbica lussureggiante assai più di quella delle comuni rinopatie.

Un altro fatto attira l' attenzione : togliendo il cappuccio di caoutchouc dai tubi innestati, si nota, in alcuni, lo sviluppo di un odore fetido particolare. Esso non esiste che nei tubi innestati con muco ozenico, non in tutti. A principio Perez non chiudeva tutti i tubi di brodo peptonizzato; errore di tecnica che, secondo lui, pare possa spiegare alcuni innesti riusciti negativi.

Poichè non sempre l' isolamento per placche riusciva, egli ricorse alla inoculazione intravenosa, nel coniglio, di culture impure provvenienti direttamente dal naso. Altre volte l' odore caratteristico rivelava la presenza del microbo nelle culture; ma non si poteva isolare in alcun modo, poichè lo streptococco, più virulento, lo distruggeva ed appariva solo nel sangue.

Il lavoro è basato su 63 casi (riniti diverse 32; ozena 22, fosse nasali normali 9).

Il cocco-bacillo Loewenberg-Abel è stato trovato 17 volte su 22 casi di ozena. È stato pure messo in evidenza 7 volte in persone affette da riniti croniche, una sola volta in una bambina di 11 anni che era perfettamente sana, ma che, come gli altri 7 ammalati, era parente o conviveva con ozenatosi.

Si può dunque conchiudere che il bacillus mucosus può esistere nelle fosse nasali senza provocare il quadro clinico dell'ozena tipico, come non esiste in tutti i casi di ozena.

Il microbo dell'A. è stato isolato solamente 8 volte su 22 casi di ozena, dei quali 11 erano casi d' ozena tipico con fetore.

Tra questi, l'A. ha trovato il cocco-bacillo fetido dell' ozena 7 volte. Una sola volta lo ha isolato dai rimanenti 11 casi; però nelle culture non sviluppava nessun odore.

Gli altri microbi isolati nei differenti esami furono: stafilococco albo, 57 volte; s. aureo, 15 volte; b. pseudo-difterico, 27 volte; coli-bacillo tipo, 7 volte; micrococco tetrageno, 1 volta; grosso bacillo che prendeva il Gram, 1 volta; streptococco, 5 volte; lievito rosso, 1 volta; pyocyaneus 5 volte; pneumococco, 5 volte.

Il cocco-bacillo fetido dell' ozena sarebbe l' agente specifico della malattia ed il Friedländer, modificato un po' pel suo soggiorno nelle fosse nasali, giocherebbe una parte accessoria; sarebbe il microbo principale dell' infezione secondaria, come lo streptococco è il parassita secondario abituale della scarlattina.

Descrizione del microrganismo rinvenuto dall'autore.

Prende tutti i colori di anilina: negativo il Gram. Nel muco e sui terreni di cultura si presenta in forma di un piccolo cocco-bacillo. Sull' agar si osservano delle forme lunghe di filamenti più o meno sinuosi. Non presenta movimenti di traslazione. Aerobio ed anerobio facoltativo.

In uno stesso preparato si possono osservare forme bacillari assai lunghe, piccoli bacilli e la forma di cocco, di dimensioni variabili.

Tale polimorfismo potrebbe indurre in errore e far credere alla presenza di specie diverse, ovvero ad impurità della cultura. Ma gl' isolamenti su piastre, le culture in serie e su diversi terreni, provano che si tratta sempre di un solo e medesimo microrganismo.

Culture — Questo microbo si sviluppa bene alla temperarura della stufa, su quasi tutti i terreni di cultura: a 20° sviluppa lentamente.

Brodo-peptone — In capo a 24 ore si nota già un deposito molto abbondante, filamentoso. Il liquido soprastante resta torbido. Questo intorbidamento e questo deposito aumentano; in capo a 10 giorni la cultura è veramente lattescente. Non si osserva velo alla superficie. La reazione del mezzo non cambia. Per il nitrito di potassa e l'acido solforico si rivela la presenza dell'indolo.

Agar — Per strisciamento, cultura abbondante, spessa, lucente, a bordi trasparenti e finamente ondulati, che non arrivano mai alla parete del tubo. Per infissione, alla superficie cultura ricca.

Nelle placche si osservano due specie di colonie: le une piccole, opache, si sviluppano al coperto dell' aria; le altre superficiali, bene arrotondite, prima trasparenti, divengono rapidamente biancastre ed opache.

Gelatina — Uguali caratteri di quelli della cultura in agar. La gelatina non è liquefatta.

Patata — È un eccellente mezzo di cultura. In capo a 24 ore si forma uno strato giallastro abbondante, umido, senza bolle di gas.

Infuso di fieno — Mezzo di cultura molto mediocre.

Siero coagulato — Uguali caratteri che sull'agar e sulla gelatina; però la cultura è meno abbondante.

Latte — Non è mai coagulato; spesso diventa alcalino.

Agar di Wurtz e gelose rubine — Non mutano mai.

Urina — Subisce la trasformazione ammoniacale: il microbo è dunque un fermento dell' urina.

Contrariamente ad Abel, l'A. dà la massima importanza all' odore fetido, che non è quello del *coli-bacillo*, nè quello speciale del piocyaneus, nè quello della putrefazione e che è sviluppato pure dalle culture del suo microrganismo. Per bene rilevarlo è indispensabile chiudere i tubi col

cappuccio. La sua constatazione permette di affermare la presenza del microbo in un mezzo di cultura.

Come il puzzo di cimice, quello del microrganismo presenta grandi variazioni di intensità e di durata, dipendenti pure dal mezzo di cultura.

L'A. fa un elenco completo dei suoi esperimenti eseguiti su cavie, colombi, topi bianchi, sorci bianchi, conigli e su di una scimmia servendosi della inoculazione sottocutanea, peritoneale od endovenosa. Di varii animali riporta notizie dell' esperimento con i quadri delle temperature e le autopsie.

Riassume così i caratteri principali del *cocco-bacillus fetidus ozenae*: è immobile, non prende il Gram, non liquefà la gelatina, non fa fermentare le soluzioni zuccherate, non coagula mai il latte. Forma indolo; è un fermento dell' urea. È patogeno per le cavie, i sorci, i piccioni ed i conigli. Quasi tutte le culture sviluppano un odore fetido caratteristico.

L' infezione che produce nel coniglio può essere acuta, subacuta e cronica. In queste tre forme, a principio dell'infezione, il cocco-bacillo, la cui virulenza non è molto grande, provoca quasi sempre una secrezione nasale assai intensa, qualche volta emorragica, assai differente dagli scoli consecutivi alla inoculazione dei microbi virulenti. Ha dunque una azione elettiva innegabile sulla pituitaria.

All' autopsia degli animali morti in seguito alla inoculazione intravenosa, non si notano lesioni generalizzate di setticoemie emorragiche. La lesione principale, quasi unica, è situata sulla pituitaria, che è assai iperemica, spesso veramente emorragica e ricoperta da mucosità spesse, dove *si trova il microbo inoculato.*

Richiama pure l'attenzione su certe lesioni bilaterali e simmetriche, così curiose, dei padiglioni delle orecchie (gangrena secca).

Nelle forme croniche, i conigli inoculati hanno un aspetto macilento, scaduto, e presentano per lungo tempo una magrezza estrema, malgrado il ritorno dell' appetito. È lo stesso negli ozenatosi che sono, in generale, deboli, magri ed anemici.

Ha riprodotto sperimentalmente nel coniglio l'atrofia che caratterizza, secondo Zaufal, l' ozena vero.

Per l' assenza di fetore nel bacillus mucosus e di azione elettiva sulla mucosa nasale, e basandosi sui risultati forniti dallo esperimento, l' A. si dichiara in dritto di affermare che il *cocco-bacillus fetidus ozenae* è veramente il microbo specifico della rinite atrofica fetida.

(*Annales de l' Institut Pasteur*, Vol. XIII., n. 12, 1899).

G. Martuscelli

RUEDA dott. F.— *Un processo semplice per l'estrazione dei polipi naso-faringei* (*Un procedimiento sencillo para la extraccion de los polipos naso-faringeos*).

L'A. ha presentato all'Accademia medico-chirurgica di Madrid una giovane di sedici anni, che le fu inviata dal dottor Grinda, per essere curata di una ostruzione del naso. La rinoscopia anteriore fece rilevare che amendue le fosse nasali erano pervie in tutta la loro estensione, fino alle coane, dove con uno stiletto si avvertiva la presenza di un corpo molle e mobile, che ostruiva totalmente l'orificio posteriore sinistro, e parzialmente quello destro. La rinoscopia posteriore faceva rilevare la esistenza di un tumore di color rosa, del volume di una noce, la cui consistenza fibrosa, grande mobilità e forma del peduncolo, che incominciava dal punto dove il bordo posteriore del vomere si continua col fornice faringeo, poteva essere accertato facendo uso di uno stiletto munito di curva adatta. Introducendolo, con la mano destra, per la bocca e movendo con esso la massa neoplastica, in quel che con un elevatore del velo-pendolo di Hoffmann si applicava, con la sinistra, uno specchio rinoscopico, riusciva agevole constatare i testè cennati caratteri. In fine, la esplorazione digitale poneva il suggello a tale esame, mostrando la esistenza di un piccolo fibroma naso-faringeo.

Il fatto degno di nota in questo caso è che tutti i mezzi suggeriti dagli autori per la estrazione dei polipi naso-faringei fallirono completamente, a partire dalla pinza introdotta per la via della bocca fino all'ansa galvanica passata per le fosse nasali e guidata posteriormente col dito, per abbrancare il polipo col filo.

L'A. si vedeva quasi costretto di ricorrere a qualche processo cruento per asportare il tumoretto. Fu allora che ideò e tradusse in atto il seguente processo che, quantunque non sia applicabile nella maggior parte dei casi, merita — come egli dice — essere conosciuto e messo in opera quando gli altri falliscono.

L'obbiettivo che Rueda si propone è di abbrancare il punto di impianto del polipo con un'ansa di platino, e far passare una corrente galvanica, graduata in modo tale che, arroventando il filo al rosso-scuro, si realizzino la demolizione del tumore e la emostasia.

La manovra comprende due tempi: 1) abbrancare il polipo con un cordoncino di seta di un certo spessore; 2) sostituire codesto filo con uno di platino, ed adattarlo per il passaggio della corrente.

1) *Allacciamento preventivo*. Rueda dispone il gomitolo di seta in modo che ciascuno dei capi abbia una lunghezza di mezzo metro, affinchè la manovra non venga difficoltata per la insufficiente estensione del filo.

Questo, che serve alla formazione del laccio e che egli chiama filo da trazione, viene annodato nel centro del filo da allacciamento, fra due nodi praticati in quest'ultimo, per impedire qualsiasi dislacciamento.

Ciò fatto, per ciascuna fossa nasale egli passa una candeletta delicata e molto flessibile, ed attirando i due estremi verso la bocca, vi lega i due capi del filo da allacciatura.

Esercitando, perciò, una trazione con le candelette, i fili vanno ad occupare la posizione di queste, ottenendo così ciò che egli chiama: prima posizione dei fili.

Pervenuto a questo punto, Rueda passa all'applicazione dell'ansa in modo da abbrancare il polipo. Ed all'uopo si serve di un porta-ansa, il quale non è altro che un porta-cotone retro-nasale con una piccola fenditura alla estremità, dove passa l'ansa per essere condotta lungo la parete faringea posteriore, fino a raggiungere l'apofisi basilare dell'occipitale, in quel che un assistente determina una lenta trazione dei capi del filo che fuoriescono dalle fosse nasali.

Ciò fatto, mentre un assistente, collocato dietro l'infermo, mantiene tesi i capi del filo da allacciamento, che passano sopra la testa, procede alla introduzione di una terza candeletta, diretta verso il filo da trazione, il quale sta tuttavia nella bocca, e lo attira per l'una o per l'altra fossa nasale, secondo le condizioni del caso. Allora, senza slentare i capi, l'assistente cessa di tendere i fili, potendo l'operatore in questo modo, servendosi del filo da trazione, attirare, p. es., il capo del filo che fuoriesce dalla fossa nasale destra al lato sinistro, giacchè tutto codesto apparato di fili segue con grande faciltà il movimento che gli viene impartito.

Tutto ciò che rimane a fare è molto semplice: sostituire il cordoncino di filo di seta con un filo di platino, introdurre amendue i capi con un porta-ansa galvanico che conduce fino al polipo, e far passare la corrente in modo da realizzare l'emostasia.

I risultamenti che codesto processo diede nel caso del Rueda furono molto soddisfacenti. Onde egli si crede autorizzato a raccomandarlo per i casi in cui falliscono gli altri metodi, finora commendati e praticati per la estirpazione dei polipi naso-faringei, perchè presenta i seguenti vantaggi:

1) grande facilità di esecuzione, onde può essere praticato da chiunque abbia una discreta pratica chirurgica;

2) la poca molestia che dà all'infermo, il quale, previa cocainizzazione, sopporta agevolmente tutta l'operazione;

3) la precisione quasi matematica dell'applicazione del laccio;

4) la possibilità di applicare il processo ai polipi di qualsiasi volume, e per la maggior parte delle loro localizzazioni;

5) previene ed impedisce l'emorragia.

(*Archivos latinos de Rinologia, Laringologia, Otologia, 1899*).

Cobb dott. F. — *Ascesso peritonsillare* (*Peritonsillar abscess*).

L' ascesso peritonsillare può essere definito come una infiammazione flemmonosa che ha luogo nel tessuto adiacente alla tonsilla. I suoi sinonimi meglio noti sono angina e tonsillite flemmonosa acuta.

Opinioni molto discrepanti sono state finora accampate circa là causa di questo ascesso. Mentre Bosworth e Lennox Browne ritengono per fermo che esso sia di origine reumatica, altri opina che sia di natura batterica. L'A. dice che su 44 casi di questa specie, da lui osservati in 18 non vi era ombra di reumatismo, in 19 l' origine reumatica appariva dubbia, in 7 era evidente.

L' ascesso peritonsillare si sviluppa al pari di qualsiasi collezione purulenta nel tessuto cellulare. Ciò che esso presenta di peculiare, concerne i rapporti anatomici nella località in cui si produce. Parecchi autori affermano che trattasi di una infiammazione localizzata nel tessuto che circonda direttamente la tonsilla. Chiàri fu il primo ad additare che il pus è stato rinvenuto nello spazio faringo-mascellare, il quale, com'è noto, fu così ben descritto da Zuckerkandl nella sua monografia sui *rapporti della tonsilla can i grossi vasi.* Codesto spazio ha un volume considerevole quando è dilatato. Fu descritto da Linhardt come una cavità riempita di connettivo e grasso, fra la parete laterale del costrittore, il pterigoideo interno e le vertebre superiori, e contiene nella sua parte posteriore i grossi vasi della nuca. Zukerckandl dimostrò che questo spazio era bipartito dai muscoli stiloglosso e stilofaringeo.

Sia per controllare le ricerche di Zuckerkandl, sia per accertare la direzione della minima resistenza al passaggio del liquido nello spazio faringo-mascellare, l' A. praticò alcuni esperimenti sul cadavere, injettando cera liquida attraverso la tonsilla, e constatò che la punta dell' ago da injezione perveniva agevolmente, attraverso il costrittore, nello spazio faringo-mascellare. Egli ebbe allora a rilevare che il palato mostrava il caratteristico aspetto della tumefazione peritonsillare. Altri fatti, degni di essere mentovati, che egli rilevò in questi esperimenti, furono: che la distanza della cavità faringo-mascellare dalla superficie del palato può essere rilevata dalla profondità della punzione, spesso necessaria per dare esito al pus: che la fossa sopra-tonsillare e lo spazio infra-tonsillare presentano, per la punzione, una superficie più agevole e scevra da ostacoli anatomici; che la punzione eseguita, avanti ad un piano che passa attraverso i pilastri posteriori, non può ledere i grossi vasi se il bisturi è tenuto sempre anteriormente a questo piano; e che lo spazio faringo-mascellare è diviso in due cavità da un setto, formato dai muscoli stiloglosso e stilofaringeo, che in parecchi casi proteggono i grossi vasi da una infiltrazione pu-

rulenta. La mancanza di questo setto può spiegare i casi menzionati da Bosworth, nei quali il pus, attraverso i grossi vasi, passò nel mediastino.

I sintomi, osservati nei casi di ascesso peritonsillare erano, su per giù, quelli ben noti.

Quanto al trattamento, Cobb dice che quasi tutti i casi che egli ebbe in cura erano già in uno stadio così avvanzato, che non vi era quasi più speranza di prevenire la formazione dell'ascesso con i salicilati, l'aconitina ed il guajacolo, sui quali rimedi egli conta molto allorchè la malattia è in fase incipiente.

Secondo lui, la questione principale e più importante concerne il momento ed il punto dove aprire l'ascesso. D'ordinario si fa cadere il taglio nella linea mediana, sopra la tonsilla, fra la base dell'ugola e la plica palato-gengivale. Quando l'incisione viene praticata qui, spesso accade, anche quando sia molto generosa, che la ferita si chiude, e che dopo 24 a 36 ore l'ascesso si apre in qualche punto. In questi casi, il pus, a quanto pare, non sgorga dal sito dove fu fatta la punzione, ma viene fuori da un'altra apertura, ovvero si svuota fra i pilastri, ordinariamente al di sopra della tonsilla. Perciò il taglio nel punto testè indicato non pare che debba essere rutinariamente seguito in tutti i casi. Cobb opina che la causa, per cui si chiude ben presto l'apertura fatta con la punzione, sia dovuta alla differente direzione delle fibre muscolari del pilastro anteriore e del costrittore superiore. Quando il bisturi passa lì, codesti strati vengono a trovarsi in abnormi rapporti fra loro, a causa della tensione cagionata dai movimenti della gola. Ritirato il bisturi, i muscoli riprendono la loro direzione normale e viene ad essere occlusa l'apertura praticata. In generale, si può ritenere come norma che, nell'ascesso peritonsillare, il punto dove ordinariamente il pus tende a svuotarsi, è fra i pilastri delle fauci, al disopra delle tonsille, il che denota che la incisione in codesta località risponde ad una indicazione naturale. Nè è a paventare che possa verificarsi una emorragia, perchè, com'è ben noto, i grossi vasi stanno in un piano posteriore a quello del pilastro posteriore. È chiaro, perciò, che il bisturi da usare deve essere ad angolo retto, per evitare che passi attraverso questo piano.

(*Boston Medical and Surgical Journal, 1899*).

SCHADLE dott. J.—*Tumori della tiroide accessoria alla base della lingua* (*Accessory thyroid tumors at base of tongue*).

I tumori della tiroide accessoria alla base della lingua, costituiscono un'affezione rara Per tale motivo, l'A. ha creduto opportuno descrivere minutamente alcuni casi, da lui testè osservati, segnalandone altri congeneri registrati nella letteratura.

Nel primo trattavasi di una donna a 25 anni, maritata, la quale soffriva da qualche tempo disturbi digerenti; gradatamente si erano associati anemia, ed un' alterazione della voce, il che la indusse a consultare un laringoscopista. Nella gola, però, essa non avvertiva nè dolori, nè altri disturbi. All'esame laringoscopico l'A. constatò un tumore grosso quanto una noce avellana, che appariva quando l'inferma protrudeva fuori la lingua al massimo grado. Il neoplasma aveva una superficie fortemente vascolarizzata ed un colore rosso-porpora. Di tratto in tratto, sembrava come se ingombrasse tutta la faringe, specie allorchè era in uno stato di iperemia acuta, si accollava sull' ugola e veniva a trovarsi in intimo contatto con i pilastri e la volta del palato molle. Negli ultimi tempi, dopo essersi sgravata, la mestruazione divenne irregolare, e durante questo tempo il tumore si ingrossò e divenne fortemente vascolare.

La palpazione faceva rilevare che il neoplasma era duro. La laringe e l'epiglottide erano intatte.

Al principio, l'A. restò, per qualche tempo, in dubbio circa la vera natura. La forte vascolarità gli fece temere che una operazione potesse essere causa di una grave emorragia, onde fece una punzione esplorativa con l' ago, il che diede esito a grande quantità di sangue. Balenò allora alla sua mente l' idea che probabilmente trovavasi in presenza di un fibroma molto vascolarizzato, e decise distruggerlo gradatamente con l'elettrolisi. Con questo trattamento, nello spazio di due mesi, riuscì ad impiccolire il neoplasma di un terzo. Ma due gravi emorragie che ebbero luogo in due sedute, a breve intervallo, e le quali aggravarono l'anemia dell'inferma, lo indussero a soprassedere ed invitare a consulto due colleghi, tra i quali il dottor M. Burney che andò all' idea che si trattasse di un mixoma o di un adenomixoma e propose di asportarlo. L'operazione doveva consistere in una incisione rettilinea, da condurre nella linea mediana, incominciando un poco al di sotto della sinfisi del mento, proseguendola fino all'osso joide, onde porre a nudo la parte del tumore prossima alla cute, ed enuclearlo senza arrecare alcuna lesione alla lingua, oppure soltanto una minima. L'inferma acconsentì, l'operazione fu praticata da M. Burney, come aveva ideato. Il neoplasma fu asportato completamente. L'emorragia fu molto abbondante. L' ammalata guarì del tutto. L' esame microscopico del tumore, eseguito dal dottor Rothrock, fece rilevare che aveva una struttura istologica identica a quella della glandola tiroide, e che esso rappresentava, nè più nè meno, che una tiroide accessoria.

In un altro caso di questa specie, trattavasi di una giovane a 23 anni, nella quale il tumore era apparso, come diceva l'inferma, da dieci anni. L' ispezione della faringe faceva rilevare un neoplasma poco più grosso di

un uovo di gallina, situato alla base della lingua, anteriormente all'epiglottide. Ingombrava la bocca fino al punto, che era impossibile vedere la laringe, e neppure l'epiglottide. Vi erano difficoltà di deglutizione e tosse leggiera, ma ostinata. Sventuratamente l'inferma non fu operata, onde non fu possibile fare la diagnosi istologica del tumore. L'A. è convinto, però, che si sia trattato di una glandola tiroide accessoria situata alla base della lingua.

Compulsando la letteratura medica anglo-americana, l'A. ha rilevato che sono stati descritti parecchi casi di questa specie. Collins Warren ne ha descritto uno. Butlin ne ha riferiti otto nelle *Transactions of the Clinical Society* (1890).

In qual modo i tumori tiroidei appariscono alla base della lingua? Secondo l'A., è indubitato che trattasi di una anomalia congenita, oppure mancanza di chiusura del dotto glosso-tiroideo durante lo sviluppo. Sutton fa sul riguardo alcune osservazioni degne di nota. I tumori, dice egli, la cui struttura è identica a quella della glandola tiroide non sono infrequenti in codesta regione. Essi si originano in nesso col dotto linguale: una condizione prettamente embriologica. Nell'embrione un diverticolo si sviluppa dalla parete anteriore della faringe, formando ciò che va col nome di dotto glosso-tiroideo, ed intorno a questo si sviluppa la glandola tiroide. Questo dotto si apre alla base della lingua come una chiazza rappresentata nell'adulto dal forame cieco, e, passando in giù, si biforca formando l'istmo della tiroide; le branche si uniscono con la glandola embrionale formando i lobi laterali. A misura che procede lo sviluppo embriologico, si forma l'osso joide, e crescendo, divide il dotto in una porzione superiore (linguale) ed in una inferiore (tiroidea), le quali poi si obliterano, quando lo sviluppo è completo. Però, qualche volta può accadere che nel neonato una sonda scorra per un breve tratto lungo la porzione linguale, dal forame cieco, fra i muscoli genioglossi, al corpo dell'osso joide, dove si continua con un ligamento fibroso, che passa anteriormente ad esso sulla membrana tiroidea, e va in basso all'istmo della tiroide. Accidentalmente, una delle due porzioni persiste — chiusa ad amendue le estremità — e dà origine ad una cisti dermoide, che sta in nesso con la porzione linguale del dotto glosso-tiroideo, onde il tumore si sviluppa nel modo sopra indicato.

(*The Journal of American Medical Association, 1899*).

VALENTIN dott. A. — *Contributo al meccanismo della tosse* (*Zur Mechanik des Hustens*).

Finora i fisiologi hanno ben poco studiato il meccanismo della tosse, co-

ciente ad aprire labbra glottiche normali, fortemente chiuse. Il fatto che nel tossire la glottide viene aperta non semplicemente per la pressione dell' aria, sibbene in modo attivo per la contrazione muscolare, ha con molta probabilità — secondo Valentin — un riscontro in altri analoghi processi di natura riflessa. Così, per es., nello starnuto, pare che si verifichi qualche cosa di analogo, cioè un movimento di apertura e poi di chiusura, nel territorio dei muscoli della base della lingua. È probabile, dice l' A., che non si debba ritenere come il fattore efficiente principale dello starnuto ciò che viene insegnato nei Trattati, cioè che la chiusura del velo pendolo venga bruscamente eliminata. Del resto — conchiude Valentin — l' analisi di questi meccanismi riesce molto più evidente nella tosse, e fa approdare a risultamenti molto più evidenti.

(*Archiv für Laryngologie und Rhinologie*, Vol. IX, 1899).

Avellis dott. G. — *Il rapporto dolla laringite secca cronica con la gravidanza* (*Die Beziehung der Laryngitis sicca chronica zur Schwangerschaft*).

I rapporti fra le affezioni della laringe e lo stato degli organi sessuali non vengono studiati — dice l'A. — come si deve, nè da parte dei laringologi, nè da parte dei rinologi. Per i ginecologi, le finezze rino-laringologiche costituiscono *une quantité negligeable*. Alla loro volta, i rino-laringologi non osano di scandagliare i rapporti, tuttora in massima parte oscuri, fra gli organi sessuali ed il naso. Ciò spiega perchè finanche nei più classici trattati di Rino-laringologia, il « lato ginecologico » di alcuni capitoli della Specialità non venga preso a disamina.

Eppure, fra il naso e la laringe da un lato, e gli organi sessuali dall' altro, intercedono correlazioni che meritano di essere seriamente prese in considerazione per la loro grande importanza, così dal punto di vista teoretico, come da quello pratico. Le poche nozioni, che si posseggono sul riguardo, suffragano e ribadiscono ciò che Avellis asserisce. Così, per es., Bayer ha riferito casi di edemi fugaci nella laringe, apparsi durante la mestruazione e stravasi sanguigni prima che si iniziasse. Fatti analoghi sono stati osservati da Bottermund, Schaeffer, Mackenzie (che vide aggravarsi la secrezione e l' odore dell'ozena durante la mestruazione) e da Moure. Sono ben noti i casi riferiti da Baumgarten (paralisi dei costrittori della glottide durante la mestruazione). E Ruault sostiene perfino che la maggior parte dei casi di laringite emorragica stiano in rapporto diretto con la mestruazione.

Quanto ai rapporti fra la laringe e gli organi sessuali, Sokolowski nel suo Trattato di Laringologia si limita a dire quanto segue: « al pari

che nella mestruazione, anche durante la gravidanza, si può osservare un aggravamento dei processi patologici nella laringe; oppure insorgono nuovi disturbi in forma di catarri molto ribelli, di edemi o di dissesti dei nervi laringei ». Dopo il parto, tutti codesti sintomi sogliono d'ordinario dissiparsi senza lasciare una traccia qualsiasi.

Nel lavoro di Eisenhart, non è detto nulla sul riguardo. Friedrich menziona l'iperemia della laringe nella gravidanza, nella mestruazione ed in alcune affezioni uterine.

Tutti gli autori sono di accordo nel ritenere che gli uomini vengono attaccati dalle laringiti acute e croniche molto più frequentemente delle donne. Avellis, fondandosi su osservazioni personali conferma tal cosa, eccezion fatta per la rino-faringo-laringite secca (atrofica)

Secondo Avellis, la gravidanza (e forse pure alcune affezioni uterine) costituiscono un fattore che aggrava considerevolmente, od attizza alcuni disturbi patologici nella laringe. È noto già da lungo tempo che la gravidanza ed il puerperio possono esercitare una influenza sfavorevole sopra processi catarrali ed ulcerativi delle mucose, e specialmente sopra processi tubercolari. In alcune donne l'A. ha potuto constatare che esse soltanto all'epoca della mestruazione, soffrivano faringite ipersecretiva con i rispettivi disturbi; cessata la mestruazione dissipavasi la faringite.

Inoltre, Avellis nelle gravide ha osservato non soltanto la laringite secca cronica, la quale era molto tenace e distinguevasi per la gravezza dei sintomi; ma ha constatato pure una tendenza a catarri semplici della laringe, con raucedine (non corrispondente al reperto obbiettivo). In alcune donne incinte constatò pure, che sin nel primo mese andava perduta la voce di canto, senza alcun reperto laringeo obbiettivo.

Cotesta laringite secca è molto ribelle alla cura. Ciò malgrado, qualche cosa bisogna pur fare, per lo meno dal punto di vista sintomatico.

Ed all'uopo egli ha constatato che i sintomi possono essere attenuati per lungo tempo, ricorrendo a due mezzi molto semplici: vasellina calda liquida, e temperatura elevata delle bevande. E poichè spesso vi è la rinite atrofica, bisogna fare delle irrigazioni, checchè possa dire sul proposito qualche otojatra.

Per distaccare le croste nella laringe e nella trachea, Avellis adopera le injezioni di vasellina mentolata calda. Se le croste nel naso sono scarse e non vi è rinite atrofica, prescrive le polverizzazioni di olio caldo di mandorle dolci mentolato. Inoltre, tiene a far rilevare che quest'olio polverizzato può essere anche inalato con vantaggio nella laringe. Crede inutili e perfino nocivi gli astringenti, p. es. il nitrato di argento, il tannino, e l'allume. Quanto alle pachidermie, che si producono nella cronica laringite, specie sulla parete posteriore della laringe e sui processi vocali, l'A. crede che sia meglio, essendo esse innocue, non scegliere mezzi

troppo energici per combatterle, (fra i quali, per es., la doppia curetta, che alcuni prediligono troppo), soprattutto se si consideri che il risultamento è incerto.

(*Monatsschrift für Ohrenheilkunde, 1899*).

SPIESS dott. G. — *Trattamento metodico dell'afonia nervosa e di alcuni altri disturbi vocali affini* (*Methodische Behandlung der nervösen Aphonia und einiger anderer Stimmstörungen*).

Il trattamento efficace dell'afonia nervosa è uno dei còmpiti più graditi pel laringologo, giacchè vede largamente compensato il suo intelligente lavoro, col ritorno più o meno rapido della voce, in infermi che paventavano averla definitivamente perduta.

Va da sè che, prima di iniziare una cura qualsiasi, bisogna stabilire una diagnosi esatta: devesi esaminare accuratamente il collo, la bocca, la faringe, il naso e la laringe, anzitutto per accertare che non vi sia alcun disturbo anatomico locale, ed in secondo luogo per rilevare il grado della funzionalità e farsi una idea esatta della conformazione delle cavità ove si genera la voce.

Il quadro dell' afonia nervosa è così caratteristico, che non può essere equivocato con nessun altro. Le labbra delle corde vocali e tutta la laringe, mostrano un aspetto completamente normale. Mentre l' individuo respira, non si scorge nulla di abnorme; ma, invitando l' infermo a parlare, si presenta il quadro caratteristico. Si veggono con evidenza alcuni movimenti: ora le corde vocali si adducono completamente, ora poco, ora in grado massimo. Altre volte si adducono abbastanza soltanto i processi vocali, laddove la glottide è ampiamente beante in avanti. Il quadro varia molto; eppure si constata sempre che è da escludere una paralisi completa, come si ha in quella del postico o del ricorrente; però, in quasi tutti i casi, la paresi è bilaterale. Talvolta le false corde si ravvicinano, mentre le corde vocali vere rimangono quasi immobili; talfiata, durante la fonazione, notansi con evidenza movimenti spastici, simili a quelli che si osservano nella corea laringea.

Tutti gli esperimenti di fonazione in questi infermi mostrano che è menomata soltanto l'attività di singoli gruppi muscolari, oppure che la coordinazione esiste, che tutti i muscoli funzionano, ma che non possono coagire per dare un suono chiaro, vuoi perchè è deficiente la energia della contrazione muscolare, vuoi perchè la corrente d'aria, che scorre attraverso le corde vocali, è molto debole.

Insieme ai disturbi motori si presentano — corrispondentemente al grado

della nervosità—tutte le forme di disturbi sensitivi, come anestesia, parestesie od iperestesie.

Nel *trattamento* devesi anzitutto tener presente il grado di afonia nel rispettivo infermo.

Nei casi leggieri, la voce ricomparisce durante l'esame. Non appena si afferra la lingua non per scopi terapeutici, sibbene diagnostici, cioè per fare l'esame con lo specchio laringeo, e si ordina all'infermo di emettere un suono, la voce ritorna. Invitando l'infermo a ripetere il tentativo, si ha un risultamento positivo.

In tutti questi casi leggieri, è abbastanza indifferente il modo come si procede, da parte del laringologo.

Alcuni ricorrono a correnti elettriche di mediocre intensità; altri al massaggio, eseguito con un concussore mosso dall'elettricità; altri ancora preferisce la compressione sulla cartilagine tiroide, oppure vellicare la parete faringea posteriore con la sonda, ecc. Vi sono perfino di quelli che ricorrono all'insufflazione di una polvere indifferente nella laringe, ovvero alle instillazioni di cocaina. Il risultamento — lo ripetiamo — è identico quando il caso è leggiero.

Le cose, però, non procedono così facilmente nei casi *gravi*, nei quali, fino a questi ultimi tempi, si soleva procedere alla sciamannata nel trattamento, alternando i metodi più disparati. Ed oggi ancora accade spesso osservare che, quando tutte le cure non approdano allo scopo, l'inferma viene inviata ad un ginecologo, affidandogli il compito di guarirla.

L'A. ha avuto, durante la sua carriera, spessissimo occasione di osservare casi di questa specie, ed in base ad una lunga esperienza, si è convinto che quelli realmente inguaribili sono rarissimi. Secondo lui, ciò che soprattutto importa, è di osservare accuratamente l'infermo prima di stabilire la cura da seguire; all'uopo si dovrà accertare in qual modo egli respira, come tossisce, la rigidità con cui viene tenuto il capo, il modo come funzionano la laringe, il diaframma; inoltre si osserveranno con esattezza lo sguardo, i gesti, ecc. Non riuscirà malagevole, dice egli, constatare una serie di movimenti insoliti, i quali sono da riguardare come un impedimento diretto della fonazione normale. La respirazione per lo più è completamente superficiale; invitando l'infermo a respirare profondamente, si nota che le scapole vengono abnormemente elevate, la cassa toracica si dilata al massimo grado, e ciò malgrado, la corrente espiratoria è debolissima.

In altri casi si constata che i movimenti della bocca non sono regolari, che i muscoli mimici funzionano pochissimo.—Quanto ai movimenti della lingua, essi possono essere torpidi oppure spastici. Talvolta l'A. ebbe a constatare che la base della lingua, nei tentativi di fonazione, veniva spinta fortemente in avanti ed in basso, il che si rilevava con evidenza

applicando un dito sulla regione dell'osso joide. All'esame laringoscopico constatavasi che l'epiglottide era sollevata, ma il peduncolo era in modo abnorme inarcato. I muscoli delle corde vocali non funzionavano affatto, o pochissimo.

Oltre alla muscolatura della lingua, è soprattutto quella del collo che inconscientemente entra in attività nella fonazione. L'A. dice che, in molti infermi affetti da afonia nervosa, si constata che il collo è in uno stato di tensione spastica, ed i muscoli della nuca sono tesi in modo, che riesce penoso dare al capo un' altra direzione. Inoltre, il mascellare inferiore è tenuto in una posizione per cui la bocca resta semichiusa, e quasi come se fissata. In questi casi — che presentano anche altri caratteri speciali — l'organismo, che ha perduto la coscienza del modo come si forma la voce, si sforza a produrre un suono mediante la tensione di muscoli ausiliari.

Volendo attuare un trattamento razionale, fa d' uopo eliminare i difetti accertati con un esame molto accurato. È necessario evitare qualsiasi abnorme tensione: questa è la condizione preliminare *sine qua non* per la fonazione. Quindi, per es., allorchè si constata un difetto della respirazione, si insegnerà dapprima all'infermo a fare profonde espirazioni ed inpirazioni, in armonico rapporto fra loro. Indi, mentre lo individuo respira correttamente, si impartiranno al capo rotazioni a destra, a sinistra, lo si fletterà in avanti, posteriormente, evitando che questi movimenti abbiano lo stesso ritmo con la respirazione. Importa pure che essi non sieno affatto attivi, che i muscoli del capo non sieno tesi. Contemporaneamente, con la mano si fa il massaggio della laringe facendola scorrere fra due dita, affinchè i suoi muscoli perdano l' abnorme tensione in cui facilmente cadono, e quando la respirazione è divenuta completamente normale e si è dissipata la tensione del collo e della laringe, si darà principio agli esercizii di fonazione, che, in primo tempo, non debbono durare più di cinque a dieci minuti, e consistono nell'invitare l' infermo a pronunziare il tono profferito dal medico. Sul riguardo, l' A. afferma che è opportuno incominciare dalla vocale *o*, perchè non richiede alcun cambiamento nella posizione della laringe, della lingua e dell'apertura della bocca. Indi, si passa gradatamente alle altre vocali. In questi esercizii, l' A. ha cura di eliminare tutti i difetti che possono ostacolare una esatta fonazione. Così per es., se l' infermo tiene il capo troppo fortemente teso in dietro, egli esagera codesta posizione, esercitando una pressione sulla fronte. Il risultamento inevitabile è che l'infermo istintivamente cerca di muovere il capo in direzione opposta a quella della pressione da lui esercitata, onde si rilascia il gruppo muscolare che precedentemente era teso. Se la lingua è tenuta troppo rigida, egli la fa cacciare fuori l'arcata dentaria, oppure la tiene protrusa col fazzoletto, ecc. Tosto-

chè l' individuo ha appreso a pronunziare bene le vocali, e poi le singole parole, passa agli esercizii di lettura, badando a correggere qualsiasi difetto di pronunzia, e facendo ripetere parecchie volte con esattezza le parole che vengono pronunziate male. Solo quando l'infermo legge correttamente, l' A. gli permette di parlare speditamente e di esprimere come vuole le proprie idee.

Con questo trattamento, egli è riuscito a guarire tutti i casi di afonia nervosa, finora avuti in cura: perfino quelli abbastanza inveterati e ribelli ad altri trattamenti.

Identici risultamenti favorevoli ha ottenuto da questo metodo, modificandolo adeguatamente, nei cantanti che facilmente divengono afoni, dopo strapazzi funzionali della laringe, come pure nei casi di asportazione dei nodi delle corde vocali. Non appena si è dissipata la infiammazione reattiva, egli pone in opera questo esercizio, che avrebbe molteplici vantaggi, giacchè, mentre da un lato ripristinerebbe la fonazione normale, dall' altro concorrerebbe a che la cicatrice acquisti una sufficiente lunghezza.

(*Archiv fur Laryngologie und Rhinologie*, Vol. IX., 1899).

JURASZ dott. A. — *Il trattamento laringoscopico dei tumori maligni* (*Die laryngoskopische Behandlung der bösartigen Kehlkopfneubildungen*).

Dopo che Türck annunziò che le causticazioni endolaringee dei tumori laringei maligni non soltanto non giovano, ma possono perfino riuscire nocive, e dopo che, più tardi, Tobold, Schroetter, Krishaber, Mackenzie, Fauvel, Gottstein ed altri, ebbero ripetutamente constatato che anche i tentativi di estirpazione endolaringea con anse o con istrumenti taglienti non rispondevano all'obbiettivo, cioè di estirpare completamente i tessuti infermi ed impedire le recidive, invalse, come una specie di dogma, che i neoplasmi maligni della laringe non erano suscettibili di un trattamento endolaringeo. Nè, a scalzare questo dogma, valsero i casi riferiti da Schnitzler, Schmidt, Fraenkel e Bronner, nei quali i tumori erano stati asportati per via endolaringea, ed erasi ottenuto la guarigione completa. Tanto più le cocomunicazioni di questi autori non trovarono èco adeguata, perchè nel tempo in cui furono annunziate, la laringotomia incominciava a festeggiare i suoi trionfi. Ciò spiega perchè, fino a pochi anni or sono, scarsi erano i laringoscopisti che si azzardavano di ribellarsi a questo dogma.

Fortunatamente, il progresso meraviglioso della nostra specialità incomincia, anche in questo campo, a dare i suoi frutti benefici. In fatti, finchè non ancora si possedevano nozioni precise sull' inizio della ma-

lattia, ed era possibile diagnosticarla soltanto in una fase, più meno innoltrata, e finchè la tecnica operativa endolaringea incontrava difficoltà quasi insormontabili nella escissione radicale delle parti affette, la laringotomia dominava incontrastata. Però, gli enormi progressi fatti nell' ultimo decennio, relativamente all' anatomia ed alla clinica dei neoplastmi laringei di indole maligna, hanno schiuso nuovi punti di vista, in base ai quali la estirpazione endolaringea dei tumori maligni, in talune condizioni, non soltanto è giustificata, ma addirittura indicata. Attesa la grande importanza che ha questo fatto per la pratica laringologica, sarà opportuno, dice l' A., prendere qui brevemente a disamina le nuove ricerche, una ai rispettivi risultamenti che hanno reso possibile codesta nuova corrente di idee.

Dai risultati delle recenti ricerche emerge che la malignità dei neoplasmi laringei, in generale, non è così grande come in altri punti del corpo. Qualora essi, come il più di frequente accade, si sviluppano primariamente nell' interno dell' organo, sulle vere o sulle false corde vocali, oppure nelle loro vicinanze immediate, al principio rappresentano un' *affezione puramente locale*, e per lungo tempo non presentano alcun segno della loro natura maligna. Questo primo stadio, nel quale il focolaio patologico mostra la forma di una piccola infiltrazione, per lo più circoscritta, come un papilloma, senza partecipazione delle glandole linfatiche e senza tendenza al rapido sviluppo, si protrae per molti mesi e spesso finanche per molti anni. Quando sopravviene il secondo stadio, il tumore aumenta rapidamente di volume, per diffusione alle parti limitrofe, e talvolta l'esame con lo specchietto laringoscopico non fa neppure rilevare nettamente le sue dimensioni; ma anatomicamente, finchè non incomincia a crescere al di fuori della cavità della cartilagine cricoide, persiste come un processo locale. Nell' ulteriore decorso le condizioni mutano, in quanto che l' affezione si generalizza, continua a diffondersi, impegna vasti territorii delle parti adiacenti, al di fuori della cartilagine cricoide, ed attacca le glandole linfatiche e le parti limitrofe.

Stando così le cose, riesce agevole comprendere perchè nella mente dei laringologi si sia fatta sempre più strada l' idea che debbasi tentare, con prospettiva di successo, di attaccare il tumore nel suo stadio iniziale. E tanto più questa idea riusciva seducente, in quanto che, come già dicemmo, i progressi compiuti, in quest' ultimo decennio, nella diagnosi laringoscopica dei tumori laringei, pongono spessimo in grado di fare la diagnosi del neoplasma nella prima fase del suo sviluppo. Nè vi è chi ignori che maggiori sono stati i meravigliosi progressi realizzati nella tecnica delle operazioni laringoscopiche. Anzitutto, con l'uso della cocaina è stato possibile eliminare quei riflessi che disturbano le operazioni nella gola, onde sono state straordinariamente semplificate e facilitate le manovre endola-

ringee. Chi non sa che, fino ad alcuni anni or sono, per lo più si riusciva soltanto ad asportare qualche escrescenza al di sopra della mucosa laringea, laddove oggi, sotto la guida dello specchio, si riesce ad estirpare, facilmente, interi pezzi di tessuto infermo? Soprattutto nel trattamento della tubercolosi laringea, la tecnica della nostra specialità ha festeggiato i suoi più plendidi trionfi, giacchè anche nei casi di grossi focolai tubercolari, il laringoscopista non esita punto, quando l'operazione è indicata, ad eseguirla con successo. Oggi, non è più un fatto insolito o raro l'asporzione di infiltrazioni tubercolari del ligamento inter-aritenoideo, delle corde vocali, non chè l'ablazione totale o parziale dell'epiglottide affetta da degenerazione tubercolare.

Ora, se ciò si pratica per le lesioni tubercolari, perchè non battere la stessa via per i neoplasmi maligni, durante il periodo in cui sono accessibili ai metodi endolaringei? La risposta a tale domanda è così ovvia, che inevitabilmente doveva avere attuazione nella pratica. Ed oggi nella letteratura laringologica sono di già pubblicati *32 casi di tumori maligni della laringe, nei quali 18 volte, cioè in circa il 56 °/₀ si riuscì ad estirparli radicalmente ed ottenere una guarigione completa.* E si noti che in cinque casi di B. Fraenkel la guarigione dura completa da 13, 10, 9, 6 e 2 anni.

Vero è, prosegue l'A., che la incisione della laringe dall'esterno non appartiene alle operazioni gravi e pericolose, Ma, d'altro lato, è innegabile che talvolta, anche prendendo tutte le cautele possibili, non si riesce a scongiurare completamente il pericolo dell'infezione settica. E, d'altro lato, chi non sa tutte le molestie che ridondano all'infermo per la laringotumia, essendo egli costretto di stare parecchio tempo a letto, di portare la cannula, di cambiare la medicatura, ecc.?

Riassumendo: l'A. trae il corollario che, nello stato presente della scienza, fra tutti i metodi di cura dei tumori maligni della laringe, quello *endolaringeo presenta le migliori prospettive di successo quando viene praticato al principio della malattia, nel primo periodo del suo sviluppo.* Ed anche più tardi, quando il tumore ha già raggiunto un volume alquanto rilevante, senza però cessare dal costituire semplicemente un focolajo locale, il metodo endolaringeo può essere tentato. Bene inteso che, se si nota che non conduce allo scopo, non si dovrà sciupare il tempo, ma ricorrere subito alla laringectomia più o meno parziale. In fine, il trattamento endolaringeo calza pure come palliativo (Krieg, Jurasz) nei casi in cui la cura chirurgica *strictu rigore* è controindicata per la enorme diffusione del processo, e perchè con esso non si può più allontanare tutto il focolajo patologico.

Quanto alla tecnica della operazione, l'A. fa rilevare che per solito vengono adoperati istrumenti taglienti, e propriamente pinze taglienti,

ovvero doppie curette, fra le quali si presta benissimo quella di Landgraf, nella sua forma primitivo a modificata. Jurasz afferma di avere usato con vantaggio un istrumento disegnato nell'opera di Heymann, avendo constatato che con esso si possono agevolmente estirpare grossi pezzi di tessuto infermo. Va da sè, che l'estirpazione non deve essere circoscritta ai limiti visibili del neoplasma, ma comprendere anche le parti limitrofe sane, giacchè soltanto in tal modo si può avere, più o meno fondatamente, la speranza di eliminare tutto il focolajo patologico. E qualche volta può riuscire giovevole far seguire la causticazione più o meno profonda col galvanocauterio. Al pari di B. Fraenkel, l'A. opina che la galvanocaustica da sè sola non è bastevole per la estirpazione radicale di un tumore maligno, giacchè, con l'escara che produce, toglie allo sguardo del laringologo le condizioni reali del focolaio patologico. Alle future osservazioni è devoluto il còmpito di accertare, se e fino a qual punto, alla elettrolisi si possa ricorrere con speranza di successo.

In ultimo Jurasz descrive un caso di neoplasma maligno della laringe, nel quale col trattamento endolaringeo egli riuscì ad estirparlo radicalmente.

Sono trascorsi già diciotto mesi, e non si nota alcun accenno di recidiva.

(*Therapie der Gegenwart*, *1899*).

V. Meyer.

ABATE dott. C. — *Vertigine afasica.*

L' A. crede dare il titolo di *vertigine afasica* o di *ictus aphasicus* ad un fenomeno patologico, non menzionato da altri clinici, e che tiene qualche riscontro con la *vertigine laringea* di Charcot.

In che consista il fenomeno, si rileva da quattro storie cliniche che riferisce, di cui una riguarda la sua stessa persona. Incomincia da questa. L'A. un giorno, mentre parlava alla scolaresca, ha avvertito un improvviso e mai provato impaccio della parola, una completa insufficienza nell'elaborazione del pensiero; era divenuto pallido (dicevano gli astanti) ed aveva balbettato per pochi secondi e senza coscienza frasi indistinte, le ultime in tono sgradevole e biascicante. Dopo due anni, nuovo accesso simile nelle ore della sera in mezzo a familiare compagnia; e così di seguito per 12 volte in 10 anni, serbando il fenomeno il medesimo carattere e differendo solo di qualche secondo nella durata. L'A. aggiunge che, salvo la suscettibilità del suo carattere, non conta malattie nervose funzionali personali o di famiglia.

La 2.ª e 3ª. storia sono, su per giù, la ripetizione della 1. La 4.ª ne differisce un poco per il temperamento dell'inferma, che era una donna nervosa, figlia di padre alcoolista, ed anche per i caratteri del fenomeno, che ricorda la *parafrasia*, giacchè il soggetto scambiava sovente una parola con un'altra, senza accorgersene e senza potervi rimediare.

L' A. dice che le *afasie transitorie* non sono un fatto nuovo nel decorso di morbi diversi ed a principio di affezioni gravissime del sistema nervoso ; ma tutt' altro è della sua *vertigine afasica*. Quì, conchiude il dott. Abate, *escluso il momento di nevropatie, disposizioni ereditarie; esclusa la possibilità di un momento riflesso per la non esistenza di morbi nelle prime vie respiratorie, nel naso, nell'orecchio; non riuscendo ad invocare l'età avanzata in cui le alterazioni vasali compariscono frequenti; non potendo sospettare embolie od emorragie nel centro della parola, fa mestieri rifarci ad una singola disposizione delle fibre centripete del vago, il quale, modificando profondamente e tumultuariamente i rapporti tra la tensione dei vasi e il liquido cerebro-spinale, determini, per istantanea mancanza di sangue arterioso al cervello, inceppo alla parola ed obnubilazione del sensorio comune.*

Finisce col credere che *il disturbo afasico cennato rappresenti un fatto a sè e non l' epifenomeno o il principio di altra grave affezione nervosa.*

E che veramente sia così, noi auguriamo all'egregio collega: ecco quello che soltanto diciamo.

(Bollettino delle malattie dell'orecchio, della gola e del naso, 1899).

A. Trifiletti

Sota y Lastra dott. R.— *Le malattie del naso, della bocca e della gola (Enfermedades de le nariz, boca y garganta).*

È il 1. volume (*Manuale teorico-pratico delle malattie nasali*) ch' è già venuto fuori dalla penna di un noto ed autorevole specialista.

Dopo brevi cenni anatomo fisiologici, l' A. parla della rinoscopia ed espone i varii capitoli della patologia delle fosse nasali e dei seni, con quella competenza che una pratica lunga ed illuminata gli conferiscono : ampiamente trattate sono le neoplasie.

La nota che predomina è la chiarezza e la sincerità della esposizione : due qualità che rivelano lo scienziato e l'uomo. Il primo laborioso, ricercatore, clinico: il secondo leale, affettuoso, grato ai maestri ed agli amici (che con gentile pensiero ricorda nel proemio) i quali salutano orgogliosi il forte campione, ancora ansiosi di leggere la continuazione di queste pagine che tanto lo onoráno.

F. Massei

VARIA

Annunciamo volentieri che sin dal 15 febbraio è stato pubblicato il 1. numero dell'anno 1900 della **Bibliografia Medica** consacrata alla bibliografia internazionale delle scienze mediche, sul tipo dell' **Index Medicus** americano, con notevoli perfezionamenti apportati dai prof. Potain e Richet.

La nnova raccolta (che è mensile) conterrà circa **quattromila** indicazioni bibliografiche per ciascun numero, cioè **cinquantamila** (al minimo) per anno.

Costa 50 franchi l'anno per la Francia; sessanta per l'estero.

I cambi con i periodici si accettano alla sola condizione di pagare la differenza.

Redattore capo è il Direttore dell'Istituto bibliografico di Parigi, signor M. Baudouin.

***

La Redazione prega vivamente i Colleghi, autori di lavori originali in Laringo-rinologia, di non omettere l'invio di una copia al dottor James Donelan (*London, 2 Upper Wimpole Street, Cavendish Square W.*), perchè ne venga fatta analoga recensione nel *Centralblatt für Laryngologie und Rhinologie* edito da Sir Felix Semon.

Questo invio diventa un dovere quando si pensa che la produzione Italiana va appunto giudicata dal numero dei lavori publicati durante l'anno e dei quali il detto periodico dà contezza.

Mentre nel precedente fascicolo, con animo lieto, annunciavamo che nella capitale del Belgio si progettava una manifestazione in onore del prof. **Carlo Delstanche**, con animo profondamente rattristato rendiamo oggi di pubblica ragione che gli artigli inesorabili della morte vennero a troncare immaturamente quella preziosa esistenza.

La corona di alloro decretata dal comune consenso di tanti dotti posa oramai su di una bara, ma serve ad indelebile ricordo di un uomo che seppe tanto bene meritare della scienza e dell'umanità.

Questo fascicolo è di pagine 44 invece di 48, perchè quello precedente eccedeva di 8 pagine; le 4 residuali saranno sottratte al fascicolo seguente.

PARTE ORIGINALE

Settantotto casi di vegetazioni adenoidi

nella provincia di Lucca

pel dottor JACOPO TOMMASI

Sù 1305 ammalati di orecchio, di naso e di gola, osservati nella mia clinica privata e pubblica in questa Provincia, io ho riscontrato 78 volte la iperplasia della glandula faringea o vegetazioni adenoidi, ossia il 5, 97 %; 48 volte in maschi, e 30 in femmine. La cifra maggiore degli ammalati è così rappresentata per ordine di frequenza in riguardo all'età, cioè il maggior numero è dato dagli individui dall'età da 6-10 anni e da 11-15, ai quali seguono immediatamente quelli da 3-5; il numero minore è stato dato dagli ammalati da 21-25 e da pochi mesi a 2 anni.

Come si rileva dalla tabella delle complicazioni, le malattie auriculari, considerate in stretta dipendenza colle vegetazioni adenoidi, sono state osservate 51 volte (ossia 65, 38 %) con forte prevalenza dai due lati. Vengono immediatamente dopo le affezioni nasali; la rinite ipertrofica, nelle sue varie gradazioni si è osservata 46 volte (ossia il 58, 97 %), la tonsillite cronica, sempre bilaterale, 16 volte (20, 51 %).

Infine le altre varie complicanze si notarono assai più di rado.

Tali forme morbose, come le riniti ad esempio, quasi sempre sono state riscontrate concomitanti alle affezioni auriculari.

Tabella dell'età e del sesso

Età	Maschi	Femmine	Totale
1 — 2 anni	2	4	6
3 — 5 »	13	3	16
6 — 10 »	13	11	24
11 — 15 »	11	6	17
16 — 20 »	6	4	10
21 — 25 »	3	2	5
	48	30	78

Tabella delle complicazioni

		d.	s.	b.	Totale
Malattie auricolari	Otite media catarrale acuta	2	2		4
	» » » subacuta			2	2
	» » » cronica		1	23	24
	» » » » con sclerosi			3	3
	» » purulenta cronica . . .	7	1	7	15
	Residui di otite media purulenta cronica		1		1
	Sordo-muti				2
	Totale	9	5	35	51

Malattie del cavo nasale	Epistassi	N.°	1	Totale 41
	Rinite ipertrofica	»	27	
	» » con degenerazione mixomatosa dei turbinati	»	4	
	» » con eczema introitus narium .	»	5	
	Deviazione del setto	»	4	

Malattie del cavo gutturale	Tonsillite cronica bilaterale	N.°	16	Totale 18
	Ipertrofia della tonsilla linguale	»	2	

Complicanze varie	Balbuzie	N.°	1	Totale 7
	Laringite cronica	»	3	
	Bronchite cronica diffusa	»	1	
	Deviazione della colonna vertebrale (scoliosi)	»	2	

La percentuale, però, degli affetti da iperplasia della glandula faringea, ottenuta sino a qui, riteniamo che presso noi sia molto maggiore in realtà, sia perchè gli ammalati ci furono recati specialmente per le complicanze auriculari da cui erano colpiti; sia perchè i genitori o le persone, alle cui cure i bambini sono affidati, non ritenendo tale lesione tanto grave, come la è e piena di dannose conseguenze, qualche volta irrimediabili, vi danno poca o nessuna importanza, solo dandovi riparo, quando fatti gravi si presentano.

Del resto, non si può invocare tra noi il difetto delle cause di questa affezione, giacchè esse non mancano davvero nella nostra Provincia, ed anzi alle ordinarie si può aggiungere la temperatura variabile, fredda, umida, che rappresenta secondo noi una causa da non doversi trascurare.

Ora, riguardo ai fattori etiologici, Gradenigo al 3° Congresso Italiano di Laringologia e di Otologia, divideva gli adenoidei in tre principali categorie: 1° adenoidei per eredità diretta; 2° adenoidei, nelle cui famiglie esistono manifeste la tubercolosi e la sifilide; 3° adenoidei per cause che hanno avuto influenza debilitante o sui genitori o sull'organismo stesso dell'individuo (malattie infettive acute o subacute durante l'ultimo periodo di gravidanza della madre, disturbato allattamento, alcoolismo, senilità dei genitori, malattie esantematiche della prima infanzia, cattive condizioni igieniche). Scrupolosamente ed attentamente indagando nell' anamnesi prossima e remota dei pazienti e dei loro ascendenti e collaterali, siamo riusciti a constatare: che cinque bambini avevano il padre affetto da lue sifilitica, nessuno da tubercolosi, otto avevano i genitori con stigmate manifeste di vegetazioni adenoidi pregresse, e nove erano andati soggetti, qualche mese prima si sviluppassero i segni dell'ostruzione nasale, a malattie infettive dell'infanzia (morbillo, scarlattina e rosolia). Negli altri 56 infermi secondo le nostre osservazioni non si potrebbero invocare, in molti, come cause, che le cattive condizioni igieniche in cui vivevano e in moltissimi le comuni infreddature e corizze di frequente ripetutesi.

Hertogue (1) dice che bisogna distinguere gli adenoidei veri dai falsi. Veri sono quelli, in cui le vegetazioni adenoidi e i disturbi che le accompagnano, sono dovuti ad un fattore etiologico unico, che agisce sul rino-faringe, come sui diversi

---

(1) *Bollettino delle malattie d' Orecchio, Naso e Gola.* Anno XVII — N. 3, marzo 1899.

organi dell'economia; falsi adenoidei quelli, in cui l'ipertrofia della tonsilla faringea è dovuta a semplice infiammazione locale e che non ha prodotto e non produce alterazioni generali o sui mascellari superiori etc. Il fattore etiologico, che produce l'adenoidismo, è, secondo lui, dovuto ad una pura e semplice ipotiroidia.

Da Langerdoff, Hürthle e Anderson è stato dimostrato che dall'epitelio delle vescicole della glandola tiroide si segrega una sostanza, composta di una parte colloide e di una più fluida; che la prima, svuotatasi dopo assorbimento dell'epitelio negli spazii intercellulari e diluita colla linfa, passa attraverso i linfatici nel corpo, mentre la seconda vi perviene direttamente attraverso i vasi linfatici dei follicoli. Entrata così in circolo, essa serve, e queste sono le vedute dei più, a neutralizzare le toxine normali circolanti nel sangue o formate in qualche altra parte dell'organismo. Ora, se per una causa qualunque la secrezione di questa glandula diventa eccessiva, avremo una ipertiroidizzazione (Renaut) o morbo di Basedow; se è invece diminuita per atrofia o mancanza congenita o acquisita della glandula o per danni sofferti dai linfatici efferenti o dai suoi follicoli secernenti per infiammazioni ripetute, se cioè questa secrezione non è più in quantità sufficiente per neutralizzare le toxine dell'organismo, avremo una ipotiroidizzazione, che, avvenendo in modo acuto, sarà causa della tetania o della cachessia tireopriva, ed in modo lento produrrà il mixoedema, il cretinismo.

È appunto a quest'ultimo fattore etiologico che Hertogue dà la massima importanza per lo sviluppo dei sintomi osservati negli adenoidei veri, concludendo: 1° che le vegetazioni adenoidi sono un sintomo costante del mixoedema dei bambini ed anche degli adulti; 2° che tutti gli adenoidei sono in realtà colpiti da mixedema o almeno hanno delle tare ereditarie di mixedema.

Per quanto in tutti i miei casi di vegetazioni adenoidi abbia procurato di conoscere bene l'anamnesi anche degli ascendenti e collaterali e di studiare bene i sintomi che questi malati presentavano, pure non son riuscito a trovare un caso di mixoedema o di tare ereditarie di mixoedema, come non mi è stato possibile riscontrare in 16 casi d'ipertrofia della tiroide, osservati in 165 ammalati delle mie specialità ai Bagni di Lucca, neppure uno affetto da vegetazioni adenoidi. Questi fatti, sebbene in piccol numero, concludono, contrariamente ad Hertogue, che la causa dell'adenoidismo non può collegarsi colla

disturbata funzione della glandula tiroidea e che la sindrome sintomatologica, osservata in questi ammalati, mi sembra non possa esser dovuta all'ipotireodizzazione.

Noi riporteremo solo 5 osservazioni di ammalati di vegetazioni adenoidi prese da individui da 1-20 anni di età, sembrandomi ciò non del tutto privo d'interesse, perchè la sintomatologia varia non solo a seconda della maggiore o minore intensità e durata dall'affezione morbosa, ma anche, come è chiaro, a seconda dell'età, in cui essa si presenta.

Osservazione I. — Essa si riferisce al bambino R. R. di Lucca, dell'età di 10 mesi, il quale fu a me portato il 9 marzo 1899 per uno scolo purulento dall'orecchio destro, che gli comparve quattro mesi fa, dopo aver passato un giorno ed una notte in preda alla più forte agitazione, all'insonnia, al pianto, ripetuto ad intervalli. I genitori raccontano che dal terzo mese di latte il bambino ha sofferto di catarri naso-faringei e che dal quarto mese durante il giorno sta assai bene, ma alla notte, dopo circa due o tre ore di sonno, comincia ad essere irrequieto, si arrotola nella culla e finalmente si sveglia, piangendo, per acquietarsi immediatamente appena lo si solleva sul letto; si addormenta quindi placidamente di nuovo per ricominciare dopo poco il giuoco di prima; nel prendere il latte, tanto allora che adesso, è costretto a staccarsi dalla mammella ogni tanto e dà in pianti dirotti. Il bambino ha mucose visibili pallide; è deficiente di sviluppo. Dalle due narici scola muco in abbondanza; ha tonsille in leggier grado tumefatte, ed all'esplorazione digitale (dito mignolo) del cavo naso-faringeo si sente una massa carnosa, poco resistente. Alla rinoscopia anteriore nulla di anormale, eccetto una lieve tumefazione della pituitaria. Si ascolta qualche rantolo a medie e grosse bolle sull'ambito toracico; percussione negativa.

L'orecchio destro ha il condotto ud. esterno normale; la membrana timpanica nel quadrante posteriore-inferiore presenta una perforazione della grandezza di un linseme con bordi ispessiti, tumefatti, da cui geme pus. Dal lato ereditario nulla degno di nota.

Diagnosi.—Vegetazioni adenoidi; otite media purulenta cronica all'O. D.; catarro tracheo-bronchiale cronico.

Cura. — Si esportano le vegetazioni e nel contempo si cura l'otite. Al 15° giorno, guarigione di questa e dopo due mesi l'esame obbiettivo dell'apparecchio respiratorio non fa rilevare alcunchè degno di nota.

Son tornati al bambino i sonni tranquilli; egli prende il suo latte normalmente, essendosi perfettamente ripristinata la respirazione nasale. Riveduto nell'ottobre p. p., si presenta in condizioni generali buonissime e non ha più sofferto di malattie auriculari e tracheo-bronchiali.

Il deperimento organico del bambino, le notti insonni, la lieve tumefazione della pituitaria, il catarro tracheo-bronchiale e l'otite media purulenta cronica erano dovuti alle vegetazioni adenoidi, sviluppatesi fin dal 4° mese della nascita.

Il poppare dei bambini, che hanno libere le vie respiratorie nasali, si compie senza interruzioni fino al riempimento della loro cavità buccale, mediante suzione e solo viene interrotta la respirazione nel momento in cui il materiale alimentare viene deglutito. Ma quando è ostacolata la respirazione nasale, il che può avvenire per rinite ipertrofica, per corpi estranei, per adesioni fra setto e parete esterna, per deviazioni, ispessimento o creste di quello, per polipi e occlusione più o meno completa di una o di tutte e due le narici, o per vegetazioni adenoidi, come nel nostro caso, essendo impedito il passaggio dell'aria attraverso le vie del naso, il bambino è costretto a respirare dalla bocca e quindi deve staccarsi dal petto della nutrice. Questo fatto, ripetuto nel nostro piccolo ammalato, ha portato detrimento alla nutrizione.

Il sonno irrequieto e lo svegliarsi è dovuto pure all'ostacolata respirazione nasale. Infatti, fisiologicamente è per le vie nasali che, anche nei bambini durante il sonno, si compie la respirazione, tenendo la bocca chiusa, il dorso della lingua applicata contro il palato duro ed il bordo anteriore contro il margine interno del processo alveolare del mascellare superiore, continuando questa posizione linguale anche quando il mascellare inferiore si scosta dal superiore, contribuendo a mantenere tali rapporti la pressione esterna dell'aria. Ora, prima che essi possano imparare a respirare per la bocca, essendo questo un atto assai complesso, deve trascorrere un certo periodo di tempo; ma intanto essi soffrono e non poco, inquantochè non può arrivare negli alveoli polmonari una quantità di ossigeno sufficiente per l'ematosi, donde l'irrequietezza, l'ansia e lo svegliarsi improvviso, dopo poche ore di sonno, con grida. Appena messi in posizione eretta, per la facilitata deplezione venosa anche della porzione posteriore dei turbinati, tumefatti nel decubito maggiormente, ritorna libera assai la circolazione dell'aria nel tratto faringo-nasale e quindi la calma.

Il sonno non tranquillo, unito alla deficiente nutrizione, ci spiega la causa del cattivo stato generale.

Dall'anatomia sappiamo che il sangue, refluo dalle porzioni posteriori delle cavità nasali, in parte si scarica nella vena sfeno-palatina, e in parte viene raccolto in vene, che si dividono in uno strato profondo ed in uno strato superficiale, appena oltrepassata l'estremità posteriore dei turbinati. Quelle dello strato superficiale sboccano nelle grandi vene della faringe nasale e del velo pendolo, meno quelle che, ricevendo il sangue dalla parte più alta della regione nasale, vanno ad immettersi nelle vene della mucosa tappezzante lo sfenoide; le vene poi dello strato profondo attraverso il forame sfeno-palatino vanno nella fossa pterigo-palatina. L'aumentato volume della tonsilla faringea, come quella che è a questi plessi venosi in immediato rapporto, deve esercitare una pressione sopra queste vene efferenti della mucosa nasale, e quindi stasi e tumefazione di questa, lieve all'inizio, come si è osservata nel nostro ammalato, ma che, data la continuità della causa, per alterazioni anatomiche che vi si determinano, si arriva ad una vera e propria rinite ipertrofica di 2° e 3° grado.

In ogni stenosi delle vie respiratorie superiori, data nel caso attuale dalle vegetazioni, ed accompagnata da lieve tumefazione della mucosa nasale, al disotto del punto stenosato fino agli alveoli polmonari, come giustamente osserva M. Schmidt (1), deve avvenire ad ogni inspirazione una rarefazione di aria, la quale sarà tanto maggiore, quanto più completa sarà la stenosi e maggiore la forza con cui si eseguiscono gli atti inspiratorii; conseguenza di ciò sarà una flussione di sangue verso la mucosa delle vie respiratorie. Dato il numero delle respirazioni, che ascendono in media a 25000 nelle 24 ore, è chiaro che si produrrà una iperemia passiva, puramente meccanica, di questa mucosa difficile ad essere compensata da un cuore anche in buone condizioni, quindi iperplasia di essa e sviluppo di tracheo-bronchite cronica, ostinata e ribelle, che è guarita nel caso nostro solo colla rimozione dell'ostacolo. L'otite media purulenta cronica, da cui era affetto il nostro bambino, si doveva alla non risoluzione della forma acuta, dalla quale fu colto all'età di sei mesi. Quell'affezione sarebbe forse perdurata per lunghi anni ancora, se non s'interveniva ad eliminare la causa; inquantochè l'esperienza insegna che molte suppurazioni cro-

(1) Die Krankheiten der oberen Luftwege. Berlin. 1897.

niche dell' orecchio medio datano fin dall' infanzia e derivano da otiti purulente acute, non risolute, per la presenza, assai frequente, di catarri cronici del cavo naso-faringeo, molto spesso mantenuti dalle vegetazioni adenoidi e dai loro resti in seguito.

Dall' anatomia si sa che il *cavum timpani* è in comunicazione colla cavità del rino-faringe per mezzo della tuba eustachiana, costituita di una porzione ossea (lunghezza mm. 10) e di una membranoso cartilaginea (lunghezza mm. 25) riunite in un punto più stretto, detto istmo (2 mm. di altezza e mm. 1 di larghezza), e che la mucosa tappezzante internamente la porzione membranoso-cartilaginea forma pliche più o meno decorrenti verso l' alto, già da Valsalva descritte (1) e che, più pronunciate alla base, in vicinanza dello sbocco faringeo, si possono elevare a forma di creste. Questa mucosa è rivestita da epitelio cilindrico con cigli, che vibrano verso lo spazio naso-faringeo. Tale forma di epitelio, nel passaggio dal cercine tubarico nel cavo, diviene cubica e piatta, come al passaggio nelle pareti laterali della cavità timpanica dalle superiori della tuba, mantenendosi poi tale nel rivestire la maggior parte dello strato mucoso periosteo dell' antro e cellule dell' apofisi mastoide. Di più, la membrana basale, su cui s' impianta l' epitelio e lo strato di tessuto connettivo sottostante, provveduto di nervi e di vasi sanguigni e linfatici, hanno, nelle regioni sopraddette, presso a poco la medesima struttura anatomica.

Tornando all' anamnesi e osservando che il nostro bambino era soggetto a frequenti rino-faringiti, è chiaro che a queste si dovette l' adenoidite cronica, che a sua volta manteneva il catarro cronico naso-faringeo. Tale infiammazione o siasi poi diffusa direttamente sulla mucosa tubarica, o sia che alterazioni di questa fossero avvenute per prolungamento della tonsilla faringea, che qualche volta oltre alla fossa di Rosenmüller si può spingere sul cercine tubarico stesso e perfino addentro la tuba cartilaginosa (2), sarà stata certamente causa di tumefazione di essa mucosa con obliterazione del suo lume e alterazioni consecutive nella cavità timpanica per la sua disturbata aereazione. Preparato così il *locus minoris resistentiae*, sia che masse di secreto, a cui siano adesi microrganismi, capaci di produrre otite, come il diplococco pneumoniae di Fraenkel, — Weichselbaum, lo streptococco piogeno, lo stafilo-

---

(1) Tractatus de aure humana. 4.ª Ediz. Venezia, 1740, cap. XVII.

(2) Tonsilla tubarica di Gerlach. *Sitzungbericht der Erlangen phis. med. Gesell:* marzo 1875.

cocco piogeno, albo ed aureo, ospiti abituali del rino-faringe, siano state spinte da una forte pressione espiratoria, come per starnutire per es., attraverso la tuba in cavità timpanica; ossia che il processo d' infiammazione siasi fin là diffuso per contiguità, oltrepassando l' istmo, barriera non sempre bastevole, è certo che l' otite acuta, che fece tanto smaniare il nostro piccolo paziente, era in stretta dipendenza dell'adenoidite cronica. I microrganismi, invaso il tessuto mucoso della membrana timpanica e passati nel tessuto proprio di essa, ne distrussero le fibre proprie e così, aperta provvidenzialmente una strada all'esterno, l' essudato purulento, raccolto nel cavum timpani, ha potuto fare irruzione attraverso questa via nel condotto uditivo esterno, e dopo ciò ritorno ad un relativo benessere con scomparsa immediata del dolore e del pericolo immediato della diffusione del processo morboso agli organi endocranici.

Per disadatta cura (lavaggi ripetuti, instillazioni di olio di mandorle dolci etc.), non v'è dubbio che vi si aggiungessero batterii della putrefazione, i quali, avendo una importanza capitale sulla sorte ulteriore del processo suppurativo col proteggere coi loro prodotti di vegetazione la vitalità del primo germe patogeno, che portò l' otite, o quella di altro germe aggiunto, fatto sempre possibile a verificarsi, saranno stati cagione, uniti al processo morboso persistente nella cavità naso-faringea, del passaggio dell' otite acuta in cronica, condotta a guarigione coll'eliminazione della causa, coll'asportazione cioè delle vegetazioni e con adatta cura dell' otite.

È chiaro infatti che, in virtù dell'eliminata compressione al contorno del cercine tubarico e della respirazione nasale fisiologicamente ripristinata, dovette ritornare al normale non solo la ventilazione tubo timpanica, ma anche il circolo sanguigno-linfatico delle regioni naso-faringee e per conseguenza delle regioni tubo-timpaniche con consecutivo miglioramento dello stato di nutrizione delle varie parti; fatto che ha portato a guarigione definitiva l'otite media suppurativa cronica.

Osservazione II.—B. A. dell'età di anni 3, di Lucca, visitato il 20 giugno 1898, si presenta denutrito, pallido. Da due anni è sempre malaticcio, ha sofferto di ripetuti attacchi bronchiali; ha sonno agitato e rumoroso e dopo 3 o 4 ore si sveglia in preda a terrore e con pianto. Respira a bocca aperta e non riesce a pronunciare bene le parole; ha voce debole, nasale con *parola morta* e tonalità elevata. Invitato a dire *mamma*, pronuncia *babba*, invece di *no*, dice *do*. Alla rinoscopia anteriore,

lieve tumefazione dei turbinati. La cavità naso-faringea si trova ripiena di tessuto carnoso di consistenza molle. Nulla dal lato ereditario.

Diagnosi—Vegetazioni adenoidi; rinite ipertrofica di 1° grado

Cura—Asportazioni delle vegetazioni (28 giugno 1898). Veduto dopo tre mesi, notasi un buon miglioramento tanto nel generale, quanto nella pronuncia delle parole; riposa tranquillo e la respirazione attraverso il naso si compie perfettamente; dopo un anno le condizioni del B. sono ottime sotto ogni rispetto.

La voce, essendo un atto volontario, deve venire influenzata dalla corteccia cerebrale mercè un centro corticale, situato molto probabilmente, secondo il parere dei più, al disotto della terminazione inferiore del solco centrale tra questo e la scissura del Silvio, dietro la circonvoluzione di Broca. Ma, sebbene parte della nostra volontà, sarebbe molto debole, appena percettibile, se formata nel laringe non trovasse le cavità sopraglottica, della faringe buccale, della faringe nasale, della bocca e delle fosse nasali con seni annessi, che, oltre a funzionare come tante casse di risonanza, servono ad emettere anche le differenti vocali e consonanti, rinforzando i varii armonici del tono fondamentale, dato dalla laringe.

Ora, come il suono fondamentale dei risuonatori varia col variare del diametro della loro apertura, così il suono fondamentale dei risuonatori naturali, naso e faringe nasale, varia per modificazioni portate alle loro imboccature, all'orificio coanale cioè e a quello del cavo bucco-faringeo, Quest'ultimo varia per l'azione del costrittore superiore della faringe, che in unione ai muscoli tensori ed elevatori del velo palatino, eleva o abbassa il velo, accostandosi o rilasciandosi i pilastri. Quindi, è chiaro che una paralisi del velo o una perdita di sostanza, facendo sfuggire attraverso il naso tutti i suoni, porterà il difetto di parola che chiamasi *rinonalia aperta*; mentre nella chiusura in genere delle aperture coanali, come per l'iperplasia della tonsilla faringea, occupante tutto il rino-faringe, che era appunto l'affezione del nostro bambino, si dovrà avere il difetto opposto, la *rinolalia chiusa* « *con voce morta* » (Meyer), non potendo questa risuonare durante l'emissione nelle cavità nasali, come sarebbe avvenuto, qualora l'occlusione si fosse trovata in vicinanza delle narici.

Così l'impossibilitata pronuncia delle consonanti nasali *m*, *n* doveva attribuirsi a che l'aria, nell'emissione di queste, non poteva passare attraverso il naso e quindi il nostro ammalato

era costretto a cambiarle in *b* e *d*; cioè a dire *babba* invece di *mamma*; *do*, invece di *no*.

Osservazione III.— M. L., dell'età di anni 8 $^1/_2$, con genitori sani, viene a me recato il 29 novembre 1898 per diminuzione di udito. Da un anno il bambino aveva cambiato del tutto carattere; era divenuto irritabile al minimo contrasto, indifferente pei genitori e fratelli; disattento nella scuola, svogliato nel lavoro e non curante dei giuochi cogli altri suoi pari; ogni tanto si lamentava di dolori di capo. Presenta un po' d'affanno all'esercizio muscolare e ha l'abitudine, il vizio, come dicono i genitori, di stare continuamente a bocca aperta e di respirare rumorosamente alla notte. È pallido, dimagrito; nulla dal lato del cuore e dell'apparecchio respiratorio polmonare. Si palpano glandole ingrossate al di sotto del mascellare inferiore e al davanti dello sterno-cleido. Le pinne nasali sono dure, edematose. Il labbro superiore, tumefatto, presenta ragadi ed escorazioni, ricoperte da croste all'orificio delle narici, pustole in corrispondenza delle vibrisse, ricoperte esse pure da croste di colore nerastro. Asportatele per procedere all'esame delle cavità nasali, la mucosa che riveste i turbinati inferiori apparisce turgida, grigiastra, liscia (degenerata) in modo che arriva a toccare il setto ed il pavimento delle fosse nasali; tali alterazioni sono specialmente marcate andando verso la loro estremità posteriore. Tonsille leggermente ipertrofiche; faringe cosparsa di granulazioni. Alla rinoscopia posteriore vedesi la faringe nasale occupata da una massa carnosa, suddivisa da solchi in varii lobuli, nascondenti in massa quasi tutta l'apertura nasale posteriore ed estendentesi alle due fosse di Rosenmüller, con prolungamenti sul contorno posteriore del cercine tubarico.

L'esame auriculare dà: O. D. voce afona udita a m. 0,10; voce parlata a m. 2,00. Rinne, negativo allungato. Il manico del martello apparisce accorciato e come diretto all'indietro, all'interno ed in alto; apofisi breve, fortemente sporgente all'esterno ed in avanti; membrana retratta specialmente nella sua parte superiore; la plica posteriore di color grigio-tendineo, molto pronunciata, decorre parallela al margine timpanico, segmento posteriore, colla concavità rivolta in basso e indietro, e va a perdersi gradatamente nel segmento postero-superiore; l'anteriore, ricoperta in parte dall'apofisi breve, ha la concavità rivolta in basso e in avanti e, partendo, come l'altra, dal *processus brevis*, si perde nel segmento antero-inferiore. Tra la parte centrale infossata e la parte periferica inferiore, la membrana apparisce

di color giallo citrino e spicca assai dal suo resto, che è di color grigio lavagna. Inoltre si riscontrano 3 pliche nella membrana di Schrapnell; una centrale, che partendo dall'apofisi breve, decorre in alto in linea retta fino all' incisura del Rivino; le altre, una a destra, l'altra a sinistra, abbraccianti, alla loro origine, la superficie superiore del *processus brevis*, decorrono verso la periferia, scostandosi sempre più l'una dall'altra.

O. S. v. a. udita a M. 0,15; v. p. a M. 3,00. Rinne come a destra; apofisi breve prominente; plica anteriore e posteriore marcate; retratta la membrana di Schrapnell; visibile il manico del martello. Il segmento inferiore della membrana t. si presenta di un colore grigio-gialliccio, ben distinto dal colore differente, che ha il suo segmento superiore, che è diviso dall'altro da due linee di colore più oscuro, chiaramente visibili e concave in alto, riunentisi all'umbo, una nel segmento anteriore e una nel posteriore. Facendo inclinare la testa del malato all' indietro, la linea di livello fra i detti segmenti scompariva nel quadrante anteriore, mentre quando la si faceva inclinare in avanti, scompariva nel quadrante posteriore.

Venivano accusati rumori di tonalità bassa ai due orecchi.

Diagnosi — Vegetazioni adenoidi; rinite ipertrofica con degenerazione dei turbinati inferiori; otite media catarrale cronica bilaterale con essudato sieroso e stenosi tubarica.

Cura —Rese pervie le vie respiratorie nasali colla galvanocaustica, si cura l'otite, procedendo quindi all'asportazione della tonsilla faringea iperplastica.

Riveduto dopo due mesi, il bambino aveva cambiato aspetto. Udito normale, non più *facies* adenoidea; aveva riacquistato la sua docilità primitiva e stava con molta attenzione in scuola, e, dopo 6 mesi, tanto progrediva in profitto, che ne era dal suo maestro lodato.

Nel decorso ottobre si rilevava un così gran miglioramento nel generale, che si stentava a riconoscere il bambino di una volta; dai genitori veniva riferito che dal giorno dell'operazione ultima non avevano più notato quei disturbi, che tanto pensiero loro avevano dàto.

La mucosa delle cavità nasali, ricoperta da uno strato di muco, che costantemente si trova alla sua superficie, in condizioni normali, com'è stato constatato dalle ricerche del Lermoyez e Wurtz 1893 e recentemente da Calvino (1),

---

(1) Sul potere attenuante e microbicida delle mucose. — *Archiv. Ital., di Otol., Rin. e Laring.* — Vol. VIII. Fasc. 2.°

possiede un'azione attenuante e battericida per tutti i microrganismi, patogeni o no, che su di essa in gran copia sempre si trovano. Quindi, quando venga deviata dalla norma per una qualunque causa la sua funzionalità fisiologica, il naso perde questo potere battericida, per cui i germi patogeni, ivi portati dall'aria, aumentano di numero e di virulenza, sempre pronti a infettare l'organismo. Nel nostro caso l'aumentata ed alterata secrezione nasale, che necessariamente doveva colare al davanti per chiusura delle coane, prodotta dalla tonsilla faringea ipertrofica e conseguente ipertrofia dei turbinati, specialmente nel terzo posteriore, era causa di continua irritazione non solo all'*introitus narium*, ma anche alla cute del labbro superiore. Da ciò le escoriazioni, le ragadi in queste regioni, la infiammazione, l'edema delle pinne e del labbro superiore, tutti fatti obbiettivi, che, uniti alla tumefazione delle glandule sottomascellari e di quelle al davanti dello sterno-cleido, a prima vista ci davano il sospetto d'aver che fare con un bambino scrofoloso. Tale dubbio scomparve dopo l'esame rinoscopico, la mancanza delle granulazioni e della tumefazione della mucosa della base del naso, reperto, in affezioni di simil natura, quasi sempre costante.

I gangli sunnominati erano tumefatti per l'irritazione prodotta dal materiale infettivo, che trovava le sue porte d'ingresso nelle ragadi, esistenti nelle narici e labbra superiori; giacchè, come Sappey e Zuckerkandl hanno dimostrato, la ricchisssima rete di vasi linfatici della mucosa nasale è in comunicazione al davanti con quelli della cute, dove ampiamente si anastomizzano con i vasi linfatici faciali profondi, che, affluendo nelle glandule submascellari, vanno ai gangli cervicali superficiali ed a quelli del muscolo sterno-cleido.

Il repentino mutamento del suo carattere, la sua irritabilità, molto probabilmente si doveva all'influenza dannosa che la cattiva respirazione nasale aveva recato al sistema nervoso. Giacchè l'organismo del bambino, avendo sofferto per la insufficiente quantità di ossigeno, che durante tanto tempo aveva potuto fissare, erasi debilitato, recando danno non lieve al sistema nervoso, il quale tanto più doveva risentirne, inquantochè, durante la notte non poteva rifarsi delle perdite subite nel giorno, derivando all'ammalato quella speciale nervosità, che molto contrastava col suo carattere abituale di prima.

Quantunque negli adulti più non esista l'unione delle vene nasali con quelle del cervello attraverso il forame cieco per la sua chiusura, vi sono però ben altre vie, che mettono in

comunicazione le cavità nasali col cervello e queste sono le vene etmoidali, che dopo avere accompagnate le arterie omonime, giunte nella fossa cranica anteriore si mettono in comunicazione col seno longitudinale e con le vene del lobo orbitale. Oltre ciò, le vie linfatiche della mucosa nasale hanno rapporti immediati cogli spazi subdurali e subaracnoidali (Schwalbe, Axel Key, Retzius e Zuckerkandl). Ora, la causa dell'impossibilità che aveva il nostro giovinetto di poter fissare lungamente la sua attenzione sopra una data cosa (*aprosexia*) e la causa della svogliatezza al lavoro e del dolore di testa, che ogni tanto lo affliggeva, erano, secondo noi, dovute non solo al sistema nervoso eccitato, ma anche all' esservi un certo grado di ristagno, sia della linfa, sia del sangue venoso prodotto dalla compressione che l' ipertrofia della mucosa nasale e la tonsilla faringea ipertrofica esercitavano sui vasi venosi e linfatici ed in tutta la regione nasale, nonchè sulla terminazione posteriore di ciascun turbinato. Se a tutto questo si unisce la diminuzione dell'udito da cui era affetto, bene si comprende la disattenzione in iscuola e l'aprosexia.

Il nostro bambino era già grandicello, quando gli si ostacolò la respirazione nasale (a 6 anni di età); allora, spinto dalla necessità, imparò facilmente a respirar dalla bocca, presentando solo durante il giorno il vizio, come dicevano i genitori, di stare colla bocca aperta, che gli dava una espressione di poca intelligenza e per il quale difetto veniva severamente punito, attribuendolo erroneamente a cattiva abitudine. Durante la notte però russava! E come poteva essere altrimenti? Essendo infatti costretto a tenere la bocca aperta, il mascellare inferiore doveva abbassarsi ed innalzarsi l'osso ioide, onde il velopendolo, venendo a contatto per il suo margine inferiore colla base della lingua, opponeva un certo ostacolo alla respirazione, il quale era superato dal passaggio dell' aria, e questo passaggio poi, mettendo in vibrazione il velo palatino, produceva quel speciale rumore, il russare.

Osservazione IV. — P. G. di Lucca, di anni 13 fu a me recato per diminuzione di udito il 9 decembre 1898. Nulla dal lato ereditario. È anemico, deperito e, fin dall'età di due anni, soffre di ostacolata respirazione nasale, che non è stata possibile vincerla, come ci vien riferito, nè colla doccia di Weber, medicazioni in faringe, insufflazioni di polveri antisettiche nel naso etc. È andato soggetto a tutte le malattie d'infanzia; ha sofferto di

ripetute bronchiti e, all'età di 3 anni, di ascesso retro-faringeo, di cui (apertosi spontaneamente) guarì; ha avuto sempre respirazione rumorosa alla notte e sogni paurosi. Era poi così svogliato nello studio e impossibilitato a fermare a lungo la sua attenzione ad una data cosa, da dare un grave pensiero ai suoi genitori. Udito, O. D. e O. S.: ridotto a due metri per la voce afona; Rinne negativo, allungato; membrana timpanica retratta, sporgente l'apofisi; tutto il quadro, in una parola, di disturbi di tensione. Ha naso affilato, a coltello; aperture anteriori ristrette, bocca semiaperta. Il labbro superiore, piuttosto corto, non ricopre gl' incisivi superiori, che sono molto prominenti, dei quali i mediani hanno la superficie posteriore quasi rivolta l'una verso l'altra e, sovrapponendosi col loro margine anteriore, rendono manifesta la posizione a V dei dentisti. Denti e mascellare inferiore, normali.

Facendo accostare le due arcate dentarie, notasi che il bordo interno dei molari inferiori viene a contatto col bordo esterno dei molari superiori; l'arcata palatina molto incurvata in alto, è ogivale ed ha la forma di V nella sua parte anteriore mediana. Il torace presenta una depressione circolare fra la 4ª e l'8ª costa; la colonna vertebrale, offre lieve scoliosi a destra nella regione dorsale. L'esame rinoscopico anteriore rivela l'ipertrofia dei turbinati inferiori e medi; il posteriore svela il cavo naso-faringeo occupato dalla tonsilla faringea iperplasica, ricoperta da muco-pus. All'esplorazione digitale viene tale reperto confermato.

Diagnosi—Vegetazioni adenoidi; rinite ipertrofica; otite catarrale cronica bilaterale con stenosi tubarica.

Cura—Si applica la galvanocaustica per la rinite ipertrofica; procedendo poi all'asportazione delle vegetazioni (28 dicembre). Si cura l'affezione auricolare.

Riveduto presenta già, dopo due mesi, un notevolissimo miglioramento nell'aspetto; è divenuto studioso e si può applicare agli esercizi intellettuali anche ore intiere, dorme tranquillamente e non ha più sogni spaventosi. Udito normale. Il perfetto stato di salute e la buonissima sanguificazione continuano (2 gennaio 1900); non è andato più soggetto alle solite bronchiti.

Non meraviglierà se il nostro ammalato, durante il periodo della fanciullezza, è andato spesso soggetto a catarri bronchiali, ripensando che aria, non depurata completamente, secca, nè sufficientemente riscaldata, continuamente e direttamente penetrava per la via della bocca nell'albero tracheo-bronchiale senza passare attraverso il filtro nasale; tanto più, che nel muco della rino-faringe certamente dovevano trovarsi presenti germi

virulenti e capaci di destare un processo infiammatorio al minimo disturbo, che nelle vie respiratorie sottostanti si presentasse.

E l'ascesso retro-faringeo, di cui soffrì all'età di 3 anni, piuttosto che a carie di qualche vertebra cervicale, giacchè nulla di anormale in esse si riscontra, perchè non potrebbe essere attribuito alla suppurazione delle glandule linfatiche dello spazio prevertebrale e specialmente di quelle situate in corrispondenza dell'atlante, infettate da germi patogeni, portati dai vasi linfatici, *trait d'union* fra queste glandule e le parti laterali del cavo naso-faringeo? Fink, infatti, ha riscontrato nei bambini affetti da ascesso retro-faringeo, come causa molto più frequente, la rinite cronica, che non la carie vertebrale. Nel nostro ammalato, fin d'allora, non poteva mancare tale forma morbosa, sempre compagna dell'iperplasia adenoide, sviluppatasi al secondo anno di vita.

Il naso affilato e le sue aperture anteriori ristrette stanno a dimostrare che il nostro giovinetto aveva impedito da lungo tempo la respirazione nasale. Infatti i muscoli accessorii inspiratorii, destinati al sollevamento e quindi alla dilatazione delle pinne nasali, a causa della loro inoperosità, si sono atrofizzati, come atrofico era l'orbicolare delle labbra per respirare durante tanti anni a bocca aperta.

Era pure per tale anormale respirazione buccale che presentava il palato ogivale, l'ipsistafilia e la forma di V nella sua parte anteriore mediana, dovuto a che i muscoli, inserentisi sulla mandibola, per l'abbassamento di questa, hanno dovuto esercitare un continuo stiramento e quindi un certo grado di compressione sulle due branche dei mascellari superiori in un periodo della vita, in cui sono assai cedevoli; in seguito a che ne è venuto il loro avvicinamento verso la linea mediana.

È evidente poi che tale fatto, essendosi verificato durante il cambiamento dei denti di latte, sarà stato causa che i mediani permanenti, non avendo trovato uno spazio sufficiente nel loro ulteriore sviluppo, siano stati costretti a rivolgere l'una verso l'altra le loro superficie posteriori, derivandone, così, l'accavallamento del margine anteriore dei due interni.

L'avere osservato che, nell'avvicinamento delle arcate dentarie, il bordo interno dei molari inferiori viene a contatto del bordo esterno dei corrispondenti superiori, mentre normale nella sua conformazione anatomica si presenta il mascellare inferiore, come tutte le ossa lunghe degli arti, mostra chiaramente che la causa delle lesioni, osservate nei mascellari superiori, è dovuta all'ostacolata respirazione nasale, nessuna

traccia di rachitide pregressa rinvenendo, che ci possa fare a questa pensare.

A tutta prima sembrerebbe che, inspirando colla bocca, dovesse penetrare nell'ambito polmonare una maggiore quantità di aria, di quando s' inspira facendola passare attraverso il naso. Alcuni, infatti, e tra questi il Masini, affermerebbero, per esami praticati col cirtometro ed altri apparechi, che la distensione toracica sia almeno uguale in tutti e due i modi di respirazione. Bisogna però non dimenticare che è grande la variabilità dei movimenti respiratorii in tutti in diversi momenti, ma più in colui che viene sottoposto ad esperimento od anche a semplice osservazione, onde la possibilità che questi, involontariamente influenzato, possa esser causa di osservazioni erronee. Del resto, ogni giorno le osservazioni cliniche dimostrano che il volume dell'aria, introdotto durante l'inspirazione, deve essere minore respirando per la bocca; perchè altrimenti questi pazienti non dovrebbero avere, specialmente dormendo, agitazione, *pavor nocturnus* e tutti i sintomi che i loro genitori raccontano, fatti tutti spiegabilissimi per l'intossicazione del sangue, per accumulo di acido carbonico dovuto alla quantità non sufficiente di aria introdotta nell'albero respiratorio.

La lieve scoliosi a destra della colonna vertebrale nella regione dorsale e la depressione toracica fra la 4ª e 8ª costa stanno pure in stretta dipendenza dell' ostacolata respirazione nasale, per lungo tempo dal nostro malato sofferta.

Per il primo fatto gli esperimenti, eseguiti specialmente da Ziem, hanno dimostrato che, chiudendo mediante sutura con fili metallici una narice di un animale, la metà corrispondente delle ossa della testa e della faccia non si accresceva come l'altra e che la pressione disuguale sul rachide, che ne derivava, era dapprima causa di scoliosi dorsale e di deviazione compensatrice lombare in appresso.

Il meccanismo del come sia avvenuta la depressione osservata in forma di cintura fra la quarta e l' ottava costa deve, secondo noi, ricercarsi nell' azione del diaframma e della pressione atmosferica intra ed extratoracica, congiunta alla speciale costituzione anatomica del tessuto polmonare e della gabbia toracica. Il diaframma, infatti, muscolo essenzialmente inspiratore, non solo aumenta il diametro verticale, ma anche il trasverso e l'antero-posteriore mercè le contrazioni dei suoi fasci costali, i quali, col loro punto fisso sul centro frenico e il mobile alle 6 cartilagini costali inferiori e alle porzioni ossee vicine delle corrispondenti

costole, sollevano gli archi costali, portandoli in fuori ed in avanti per il loro modo speciale di articolarsi colla colonna vertebrale. Ora, la pressione dell'aria intrapolmonare, essendo negativa nei movimenti d'inspirazione ordinaria, ne viene che questa pressione negativa sarà tanto più forte, quanto l'ostacolo che s'oppone alla penetrazione dell'aria sarà maggiore. Per ciò le pareti toraciche saranno costrette a lottare contro la pressione esterna dell'aria e però dovranno subire un lavoro, che pur esso sarà direttamente proporzionale a quell'ostacolo. Tale fatto, perdurando per molti anni, durante i quali la cedevolezza delle coste è maggiore, deve provocare una certa depressione sulle parti toraciche, non direttamente sottoposte alla distensione. Ma pure l'elasticità polmonare, a lungo andare, deve diminuire per la diminuita pressione intrapolmonare, onde risultandone retrazione delle parti del polmone, che più difficilmente sono dall'aria distese, cioè dei suoi margini, ne viene che questi non possono più occupare nella respirazione ordinaria gli spazii complementari pleurici.

Dalle due pleure, che rimangono come accollate in special modo inferiormente, risulta una retrazione del torace, che rimpiazza il vuoto lasciato in dette località, immediatamente cioè al di sopra delle inserzioni dei fasci carnosi del diaframma sulle coste e cartilagini costali, mentre esse, più in basso, vengono spostate in fuori ed in avanti. Quindi tale drepressione all'osservatore si presenta come un solco, che sia stato prodotto da un anello, che abbia stretto il torace in quel punto, deprimendo in dentro la cassa ossea, com'ebbe a dichiarare Blache nel 1861 in una memoria all'Accademia di Parigi a proposito delle deformazioni toraciche, dovute alla tonsillite ipertrofica.

Osservazione V. — La ragazza A. da V., dell'età di anni 20, del Comune di Lucca, l'8 Novembre 1897 riferisce che, ammalatasi di tonsillite una prima volta dopo essersi lasciati asciugare i panni addosso, in seguito, per ogni raffreddamento del corpo anche leggiero o per altra causa a lei sconosciuta, ricade nella medesima malattia, che la costringe al riposo o al letto con febbre, obbligandola sempre a interrompere i suoi lavori. Durante il giorno respira assai bene dal naso, mentre alla notte respira dalla bocca rumorosamente. È svogliata nel lavoro. Ha pannicolo adiposo assai sviluppato e discreta sanguificazione; tonsille palatine ipertrofiche con lacune, cripte, assai dilatate. All'esame rinoscopico posteriore la tonsilla farnigea si vede ingrossata e ricoprente il terzo superiore del setto coanale. Nulla dal lato

ascendente e collaterale. Suo padre è morto per malattia febbrile acuta ed in tarda età.

Diagnosi—Ipertrofia delle tonsille palatine e iperplasia adenoidea.

Cura — Si trattano le tonsille colla discissione e coll' ignipuntura e si asporta la tonsilla faringea iperplasica in secondo tempo (28 decembre 1897).

Riveduta nel passato Settembre, afferma d'essere stata sempre bene dall' ultima operazione e che mai più ha sofferto di malattie di gola, sebbene non abbia più avuto riguardo alcuno alla sua persona. Non russa ed ha sonno tranquillo.

In questo caso abbiamo che il maggior disturbo che afdiggeva la nostra malata, era dato dalle ripetute infiammazioni che colpivano le due tonsille palatine ad ogni lieve raffreddamento del corpo, da ciò dolore alle fauci nella deglutizione, con febbre e degenza in letto.

Una dalle cause più frequenti per lo sviluppo delle tonsilliti catarrali, come delle malattie che più di frequente sogliono colpire le vie respiratorie superiori, è il raffreddamento di tutto, o di una parte del corpo, unito a un *locus minoris resistentiae*, necessario a che i microrganismi flogogeni prendano il sopravvento nella lotta con i fagociti, microfagi e macrofagi, dei liquidi interstiziali.

Prima d' ora si diceva che il raffreddamento solo, siccome quello che produceva una difettosa funzionalità dei capillari cutanei in un soggetto debole e non assuefatto, era capace di portare inflammazione, poichè i vasi, non contraendosi prontamente allo stimolo, esponevano il sangue in essi contenuto, ad un forte raffreddamento, che portato in circolo danneggiava in qualche modo gli organi riscaldati dal l' interno; mentre nell'individuo sano o assuefatto, i capillari, ritraendosi energicamente, avrebbero subito spinto il sangue negli organi interni e così questi sarebbero stati sottratti all' azione del freddo, che non avrebbe potuto agire a lungo sù di loro. Onde il sangue raffreddato, portato in circolo e verso l' interno, era la sola causa dell' infiammazione che si verificava di solito negli individu delicati.

Venne in seguito la *teoria dei riflessi*, ma da sola pur questa non può nulla spiegare.

Dato uno stimolo, avviene retrazione lenta dei capillari, quindi rilasciamento di essi (Rossbach) e susseguente ritorno alla primitiva grandezza; da ciò raffreddamento in primo tempo del punto su cui ha agito lo stimolo e maggior riscaldamento in

seguito, onde, se i capillari cutanei non si retraggono abbastanza, non si presenta in tempo opportuno la dilatazione secondaria, o se questa non avviene regolarmente e in giusto modo, non si ha il suppletivo riscaldamento.

Però, com'è chiaro, anche per questa teoria è necessaria, oltre lo stimolo, la coesistenza del *locus minoris resistentiae*, che dev'essere per via riflessa provocato da una reazione nervosa, vasomotrice, per es. inibitoria, capace di sospendere per un dato tempo la funzione normale fagocitaria della mucosa rivestente le fauci, onde, i microbi esistenti sulla sua superficie, moltiplicantisi, possano invadere in numero assai grande lo strato subepiteliale, ove, trovato un terreno propizio al loro funzionamento ed accrescimento, ne facciano risultare una infezione. Contro questa infezione, contro i prodotti elaborati da questi germi, le cellule reagiscono appena ripresa la loro normale attività, ed avvenendo la dilatazione vascolare, lo stravaso leucocitico e sierofibrinoso con emigrazione di leucociti, così s' inizia l' infiammazione.

Ma se la prima tonsillite, da cui fu affetta la nostra giovane, non si volesse ammettere che abbia avuto il modo di sviluppo sopraddetto, del resto secondo noi plausibilissimo, non devesi dimenticare che per ben altre cause nelle sue fauci poteva esser preparato il terreno.

Noi sappiamo che molto di frequente, anche a nostra insaputa, sul rivestimento tonsillare e cavità gutturale si verificano abrasioni epiteliali, scottature, lesioni per agenti chimici etc. Affinchè la mucosa si opponga all' invasione dei microrganismi, streptococco piogeno, stafilococco aureo ed albo, bacterium coli e pneumococco, abitatori più o meno frequenti di questa località e quasi sempre presenti nelle tonsilliti acute, è necessaria l'integrità del suo strato epiteliale (Metschnikoff, Heidenhain, Bizozzero ed altri) non solo, ma anche la funzione normale delle cellule del sottostante tessuto, fagociti, macrofagi e microfagi, provveduti dai follicoli e vasi linfatici, in modo che siano capaci di distruggere i microbi patogeni, giunti negli interstizii epiteliali prima che abbiano avuto il tempo di portar detrimento. Ammessa quindi, come possibilmente lo era, una lesione sulla mucosa di quelle regioni e il forte raffreddamento della persona, a cui la malata la prima volta si espose, ne viene di conseguenza che ne dovesse derivare un disturbo funzionale del rivestimento mucoso delle tonsille, onde per la sospensione brusca della sua vita cellulare e pel maltrattamento epiteliale preesistente, i germi, trovato un terreno op-

portuno e moltiplicativisi, sono penetrati internamente, ingaggiando nello strato subepiteliale una lotta con i poteri difensivi dell'organismo. Di qui la tonsillite catarrale, che finì per guarire, essendo stati distrutti gli agenti infettivi in posto.

Colpita che fu l'inferma una prima volta da tonsillite, qualunque causa, anche leggiera, bastava per farla ricadere ammalata. Nè ciò è da far meraviglia quando si pensi che essa, oltre al lato, ormai vulnerabile, rappresentato dalle sue tonsille, portava la iperplasia della glandula faringea, che, obbligandola a respirare per la maggior parte delle 24 ore per la bocca, l'aria, non depurata, colpiva direttamente le tonsille, depositandovi i germi patogeni, che, a un lieve disturbo, colà verificatosi, prendevano il sopravvento sui poteri fisiologici del rivestimento mucoso, provocando nuove tonsilliti.

Ripristinata completamente la respirazione nasale con l'asportazione della tonsilla faringea e trasformate le due tonsille palatine quasi in un tessuto connettivo cicatriciale colla discissione etc., i germi patogeni, ospiti frequenti della cavità delle fauci, non potevano più trovare un terreno opportuno per il loro sviluppo e di qui il non più ammalarsi della paziente con grande vantaggio suo e della famiglia.

Dai pochi casi esposti e dalla tabella delle complicazioni risulta, che immensamente grandi sono i danni che le vegetazioni adenoidee possono recare all'organismo.

I danni più gravi si presentano nei primi anni dell' infanzia, inquantochè allora non solo fa bisogno di una maggiore quantità di ossigeno e di riposo ristoratore per riparare alle perdite della giornata, ma anche perchè l'organismo, più delicato, si trova pronto alla ricettività degli agenti patogeni, ed essendo nel periodo dell'accrescimento, a causa della respirazione antifisiologica, a cui l'individuo soggiace, subisce tali modificazioni nello sviluppo delle parti, costrette a non funzionare normalmente, che, oltre a rimanere stigmate indelebili per tutta l'intera vita, possono portar detrimento allo sviluppo di organi eminentemente importanti per essa, mettendoli a lungo andare in condizioni di minore capacità funzionale e rendendoli meno atti a vincere la lotta coi germi patogeni.

Fra questi organi i polmonari, pei primi, per il loro deficiente sviluppo si troveranno in stato non buono per poter resistere all'invasione dei tanti batterii patogeni (bacillo della tubercolosi, pneumococco di Fränkel etc.).

L'organo dell'udito, importantissimo e per l'educazione e istru-

zione del bambino e per la vita di relazione, può esser colpito da lesioni gravi, ribelli a ogni cura (otiti sclerosanti), da suppurazioni croniche, interminabili, dannose, funeste non solo per l'audizione, ma qualche volta anche per la vita stessa.

Così i bambini, giacchè, come si è visto, sono in special modo essi i colpiti, traggono la loro vita debole, malaticcia, piena d'incomodi, mentre florida e rigogliosa l'avrebbero, se i genitori o coloro a cui essi sono affidati, prendessero cura di questa dannosa e temibile affezione; temibile tanto più, inquantochè insidiosamente e senza dolori, che ne attirino la nostra attenzione, si presenta e si svolge.

È vero che tale tonsilla faringea ipertrofica può dopo il periodo della pubertà scomparire, regredire, come tessuto adenoideo, per involuzione, ma le complicanze derivanti da questa ipertrofia, che non tutte appariscono dalla nostra tabella, rimarranno per tutta la vita, rendendo quest' ultima più infelice di quello che già sia di per sè.

Ora, siccome una cura medica efficace non esiste, com'è da tutti logicamente è ammesso e sperimentato, così riteniamo dovere, obbligo operare il più prontamente possibile i portatori di simile affezione, sicuri di rendere a loro e alle loro famiglie benificio non piccolo, tanto più che l'atto operativo si compie in brevissimo tempo ed a qualunque età con sorprendente risultato.

Concludiamo quindi:

1.° che ai fattori etiologici delle vegetazioni adenoidi, ammessi da Gradenigo, un altro devesi aggiungere, secondo noi, assai importante e cioè la temperatura bassa, variabile ed umida, come quella più atta a favorire infiammazioni della mucosa del rino-faringe e quindi iperplasia della tonsilla faringea.

2.° che l'età, in cui più di frequente questa si presenta, è l'infanzia e in special modo quella dai 6 ai 10 anni.

3.° che può essere causa di gravi lesioni generali, ma specialmente auriculari, nasali, faringee e dell'apparecchio respiratorio polmonare.

4.° che fra le varie complicazioni, l'organo dell' udito è quello che più frequentemente si ammala.

5.° che, dannosa essendo l'aspettazione e a nulla giovando la cura medica, si rende necessario l'intervento, atto operativo di poca entità, come quello che è capace di portare tutti i vantaggi, che, allora solo, ci possiamo ripromettere.

Lucca, Gennaio 1900.

Profilassi e cura della tubercolosi

delle prime vie del respiro

Relazione del prof. F. MASSEI
al V Congresso della Società Italiana di Laringologia, Otologia e Rinologia

---

PROFILASSI

Signori,

Per nessuna malattia, più che per la tubercolosi, si può con fondamento vantare l'incontrastato valore della *profilassi*, e per quanto concerne la tubercolosi delle prime vie del respiro, la legge generale non subisce eccezioni.

Riconosciuta l'importanza del prevenire una malattia di assai problematica cura; invocando i dati utilizzabili che il faro della batteriologia ha emanato come raggi luminosi e quelli che la clinica insegna per agguerrire l'organismo in questa, che è pure fra le più terribili lotte col mondo dei minimi, il mio compito, in proposito, è assai limitato: gli è perciò che evitando di ripetere cose note, già messe in rilievo da uomini autorevoli, in questa stessa solenne occasione, io mi permetterò sottoporre al vostro acume, onorevoli Colleghi, poche osservazioni pratiche che soltanto col vostro efficace appoggio potranno acquistare valore.

Il riconoscere a tempo una qualsiasi localizzazione tubercolare, non solo importa maggiori probabilità di cura, ma soprattutto possibile limitazione del contagio.

Per la tubercolosi delle prime vie del respiro, le difficoltà di una diagnosi a tempo tengono a varie cause: ne ricorderò due, cioè:

1) la possibile primarietà della forma ;
2) le condizioni poco favorevoli al germe patogeno.

1) Forme primarie di tubercolosi delle prime vie del respiro furono un tempo negate con tanto calore, quanta è la fede con cui oggi si ammettono.

Senza rivangare questo periodo storico, che segna una delle

pagine più importanti della Medicina, io potrò contentarmi di ricordare le forme ritenute primarie soltanto *clinicamente*, come quelle che suscettibili (nei limiti umani) ad esser ravvisate prima delle frequenti localizzazioni pulmonari, rappresentano appunto un materiale del quale bisogna tenere il massimo conto riguardo a profilassi.

Ebbene, codeste forme dall'aspetto equivoco e talora del tutto ingannatore, sono quelle delle quali di preferenza lo specialista arriva ad avere esatta nozione: il generico, che reclama la nota caratteristica fondamentale, tentenna, dubita od invoca una prova che non è sempre possibile fornirgli.

Gli è in questi casi che la diagnosi dev' essere completata con tutti i mezzi d' indagine che la scienza pone a nostra disposizione.

La ricerca dei bacilli, che va fatta di dovere, è quella meno adatta a risolvere il problema: nella tubercolosi laringea in ispecie—tutti concordemente lo ripetono in base a larga esperienza acquistata — è assai di rado che riusciamo a trovarne nei prodotti direttamente raccolti.

In talune forme (corditi vegetanti) ho utilizzato l'esame istologico di pezzetti escissi: un esame apodittico, più pronto e sicuro delle inoculazioni negli animali reattivi, che danno un responso ritardatario o persino negativo, per ragioni che qui sarebbe ozioso ripetere — e si comprende che nella tubercolosi vegetante del naso ed in quella linguale e faringea, essendo più facile procurarsi il materiale utilizzabile, codesta è una ricerca che offre minore difficoltà.

Nè va dimenticata la *tubercolina*, tanto più preziosa, quanto più dubbia è la forma, e, forse, le culture in albumosio (Hesse), od anche più problematicamente la siero-diagnostica (Arloing), che potrebbero riuscire, se positivi, valevoli sussidii per la prontezza del responso.

In una parola, nei casi dubbii l'esame laringoscopico, l'autorità di un abile specialista, le varie risorse sperimentali che oramai sono a nostra disposizione, completando la diagnosi, rappresentano un segnale di allarme per l'attuazione delle opportune misure profilattiche e perciò vanno riportate *in capite libri*.

2) Le condizioni poco favorevoli allo sviluppo del bacillo, non di rado dovute a ragioni locali, come succede per la cute e le mucose, e talora per ragioni individuali, delineano sovente la fisonomia di lesioni, che sebbene chiaramente di origine tubercolare, non ne hanno la caratteristica apparenza.

Tuttochè, in casi consimili, la diffusione del bacillo da parte dell'infermo manchi, o sia estremamente difficile, i pericoli di contagio non sono per questo allontanati. Anzi, se pensiamo che la sorveglianza, in codesti infermi, a ragione della mitezza della forma morbosa è nulla o minima, comprenderemo come, in un'altra fase, il pericolo diventi grande.

Io mi riferisco principalmente alle così dette *forme lupose*, cioè a quelle lesioni della cute e delle mucose (più di tutto naso e laringe) che lente nel loro cammino, per quanto frequenti ed unanimamente riconosciute di natura tubercolare, rappresentano, starei per dire, un *salvacondotto* per l'ammalato.

Ora, avviene appunto che codesti infermi, i quali sovente sono in grado di continuare il loro lavoro in officine, nelle scuole od in altri accentramenti di persone, possono, un bel giorno, diventare formidabili distributori del fatale germe.

Il decorso benigno e lento, talora inaspettatamente diviene malefico e rapido; le possibili complicanze non mancano e così aumentano le probabilità del contagio.

Fu per questo che altra volta levai la voce per stigmatizzare, relativamente alle localizzazioni sulle mucose, l'antica denominazione di *lupus*, che inopportunamente ne vela la reale natura; e se, pur troppo, molto tempo e molta energia ci vorranno per scuotere il prestigio di un' annosa consuetudine, tuttavia mi sia concesso di denunziare questa *varietà* di tubercolosi come pericolosa di trasmissione, almeno nei limiti che le spettano.

Similmente a queste, decorrono forme di tubercolosi delle prime vie del respiro, scompagnate da lesioni cutanee, e che chiamiamo col loro vero nome; forme abbastanza comuni, che soltanto la lunga esperienza ci ha insegnato a riconoscere, le quali rievocano le difficoltà diagnostiche più sopra enunciate.

In una parola, un numero non spregevole d'infermi ambulanti, che tollerano discretamente taluni disturbi, che offrono segni di non grave importanza, ma pei quali deve aprirsi l' occhio vigile del sanitario per curarli a tempo, come sin da principio dicevo, e sorvegliarli adeguatamente, acciò non diventino un pericolo per i sani.

Queste brevi premesse rappresentano, a mente mia, la leva che mette in rilievo i più essenziali provvedimenti riguardo a profilassi, esagerando i pericoli del contagio: ma, diciamolo francamente, senza un sistematico rigore, qualunque misura preventiva riesce illusoria.

I Sanatorii sono, senza dubbio, l'ideale verso cui convergono le forze riunite di medici e di profani, di sovrani e di associa-

zioni, di scienziati e di benefattori, una mêta da cui sarà bene non distogliere mai lo sguardo, accendendo la fede, incoraggiando la speculazione, che mai come questa volta avrà più santa giustifica, dimandando al ricco i soccorsi necessarii tanto per sollevare il povero e compire opera meritoria, quanto per diminuire a lui ed ai suoi le probabilità di un contagio; ma ahimè! le desolanti cifre della frequenza del terribile male (1) ci fan prevedere che non sarà facile compito sequestrare nei Sanatorii privati o pubblici, tutti gl'infermi di tubercolosi. E fossero tali da contenerne a migliaia questi nuovi Ospedali della redenzione, rimane sempre uno stuolo molto grande di tubercolotici ambulanti, che nella folla non potranno riconoscersi, se non si attiverà uno scrutinio scrupoloso ed intelligente.

Ebbene, se io ho calcato un pò la mano sulle forme attenuate e le primarie, alle quali un buon contingente porta la mucosa delle prime vie del respiro, io lo feci a bella posta per giustificare quello che mi pare scaturisca come naturale corollario, cioè la sorveglianza sanitaria delle scuole, delle officine, degli stabilimenti industriali, dei pubblici ritrovi, dei convitti, ecc.

L'obbligo da parte dei direttori, dei proprietarii, dei sopraintendenti di queste località, alle quali talora si trascina, insciente o per necessità di campar la vita, il tubercolotico, l'obbligo, dico, di sottomettere ad un'attenta visita medica i membri di questa famiglia (dandone buon esempio il capo) certamente varrebbe a sorprendere il male nei suoi inizii (un benefizio indiscutibile per chi ne è vittima) e liberare i compagni dal possibile contagio (un altro dato irrecusabile).

Questa visita dovrebbe farsi nel momento dell'ammissione e dopo, esercitando un'attiva sorveglianza circa lo stato di salute e decretando, all'apparizione di sintomi sospetti, o la sospensione del lavoro, ovvero un lavoro condizionato.

S'intende pure che a corredo di questa sovrana misura starebbero: l'aerazione dei locali di lavoro proporzionati ai bisogni; la larga distribuzione delle sputacchiere con i disinfettanti più accreditati; la ventilazione degli ambienti, nella quale la giudiziosa applicazione dei ventilatori elettrici potrebbe avere non ultima parte. Per gli individui soltanto sospetti, basterebbe limitare il lavoro, escludendo le occupazioni nelle quali o il materiale lavorato, o le condizioni dell'ambiente, o l'intimo contatto potessero concorrere ad aggravare il male ovvero a facilitarne la diffusione.

---

(1) V. la tabella nella pagina seguente.

Ecco le cifre della mortalità per tubercolosi in Italia, durante il decennio 1888-1897, desunte dalle « Cause di morte » le quali vengono pubblicate dalla Direzione Generale di Statistica del Regno.

Anni	1888	1889	1890	1891	1892	1893	1894	1895	1896	1897	Media annuale del decennio
Tubercolosi pulmonale	32178	31781	32211	30560	31122	29934	31484	31756	33302	30980	31530.8
Altre forme di tubercolosi	31201	31934	28662	29932	28899	28601	27129	27252	25575	23949	28313.4
Assieme	63379	63715	60873	60492	60021	58535	58613	59008	58877	54929	59844.2
Su 1000 morti	77.25	82.95	76.48	76.05	74.77	75.36	75.49	75.28	77.66	78 96	77.01
Su 10000 abitanti	21.35	21.33	20.21	20.00	19.71	19.11	19 02	19.20	19.17	17.78	19.69

L'industriale, che trae i suoi lauti guadagni dalle cento braccia che egli, a forza dell'oro, mette in movimento, può bene sopportare l'aggravio delle spese per gli onorarii dovuti ad uno o più medici che tutelino la salute di lui, e con essa quella dei suoi operai, i quali lavoreranno con tanta maggiore lena ed energia quanto più sani saranno.

Epperò — senza sottintesi — diciam pure che la necessità di queste condizioni e talune elementari misure igieniche (come quelle relative agli sputi) saranno riconosciute giuste e tradotte in fatti reali, sol quando la nostra educazione, cominciata bene, sarà completa. Se il più modesto precettore, senza sfoggio di botanica applicata alla batteriologia e di patologia applicata alla tubercolosi, farà intendere agli allievi, magari di prima elementare, che lo sputare per terra è una indecenza ed un pericolo, la futura generazione non avrà bisogno d'imporre ammende, siano pur vistose come quelle che si pagano in talune città degli Stati Uniti, per punire i contravventori. Ma per raggiungere codesti ideali converrà che una solerte amministrazione municipale provveda analogamente perchè a brevi tratti, nelle strade, nei pubblici ritrovi, nelle chiese, nelle trattorie, nelle vetture pubbliche ed in quelle ferroviarie ecc., siano convenientemente distribuiti, con i relativi disinfettanti, i recipienti nei quali si potranno deporre le secrezioni che con la tosse vengono fuori dalle vie del respiro.

Senza ciò, quello che noi santamente predichiamo degli sputi e del loro essiccamento, si tradurrà in noiose ripetizioni che pappagallescamente ripeteranno tutti, e molti tra questi irridendo e trasgredendo il santo precetto. E tanto è vero quello che possono l'educazione e la civiltà, che in New-York, dove la contagiosità della tubercolosi non rimane una nozione dottrinaria, ma rappresenta il punto di partenza di tutta la profilassi, le case ove morirono tisici vengono contrassegnate da avvisi che ne interdicono l'abitazione prima che non siano debitamente disinfettate (1).

Alla imperiosa necessità di non disseminare sbadatamente gli sputi, si riannoda un altro savio precetto: quello d'insegnare agli infermi a reprimere (nei limiti del possibile) l'impeto della tosse e coprire la bocca col moccichino nei forti conati.

---

(1) V. un rapporto del dottor H. M. Bigss, Direttore del Laboratorio batteriologico, pubblicato nel fascicolo di settembre 1897 dell'*International Medical Magazine*.

È già da tempo che il Flügge (1) denunciava la presenza dei bacilli nelle tenui e microscopiche bollicine umide lanciate durante i forti atti respiratorii. Ora si comprende agevolmente che nella tubercolosi delle prime vie del respiro queste nozioni e queste raccomandazioni debbono avere una grande importanza preventiva, e per raffermare ognora più questa geniale intuizione, che già avea la sua brava pruova sperimentale, io, per consiglio del prof. de Giaxa, ho eseguito una serie di ricerche che mi piace ricordare in succinte parole.

Lo scopo che ci prefiggevamo era specialmente quello di controllare, se germi batterici depositati nel primo tratto delle vie respiratorie, in seguito a colpi di tosse possano, ed in qual modo, arrivare nell' atmosfera vicina all' individuo infetto, in guisa da verificarsi la possibilità di una sospensione, come la indica Flügge.-

A tale uopo, dopo aver tracheotomizzato un cane di grossa taglia, mantenuto sull'apparecchio fissatore, introducemmo, attraverso l'apertura tracheale, un piccolo batuffolo attaccato ad un filo di ferro e spalmato con piccola quantità di cultura di *prodigioso* su agar. Il batuffolo venne stropicciato tanto sulla superficie inferiore delle corde vocali, quanto sul primo tratto della mucosa tracheale.

Chiusa la ferita, attraverso qualche punto beante stimolammo, mediante uno stiletto, l' aspera - arteria in modo da provocare conati di tosse di intensità variabile. E per evitare che nello impeto della tosse venissero scacciati anche saliva ed altre secrezioni boccali, ed allo scopo pur anco di impedire che masse di un certo volume, provvenienti dalla trachea o dalle vie inferiori, venissero spinte a molta distanza, pensammo d' introdurre, attraverso la bocca spalancata dell' animale, un grosso imbuto metallico, il quale nell'estremità introdotta nella bocca e spinta quanto più vicino si poteva all' adito laringeo era di forma ovale, con un diametro di sei centimetri, mentre la parte svasata, a forma circolare, avea un diametro di ben venticinque centimetri. L'intera larghezza dell'imbuto era di 30 centimetri. A 40 centimetri di distanza dall'orlo della svasatura, si mantennero fisse, in posizione alquanto obliqua relativamente all'orlo dell'imbuto, successivamente 6 scatole di Petri con agar

(1) *Zeitschrift für Infectionskrankheiten und Hygiene*. Vol. XXX, 1899. (Die Verbreitung der Phtise durch staubförmiges Sputum und durch beim Husten verspritzte Tröpfchen).

nutritivo consolidato, avendo cura di notare la intensità di ciascun colpo di tosse.

La unita tavola mostra chiaramente :

1) il diverso effetto degli stimoli in rapporto alla intensità dei colpi di tosse ;

2) ciò che è più degno di nota — lo sviluppo preponderante di colonie di prodigioso del *tutto isolate*, il quale fatto devesi appunto ritenere prodotto dall'arrivo, nell'atmosfera, di uno o pochissimi germi isolati, depositatisi sulla superficie dell'agar.

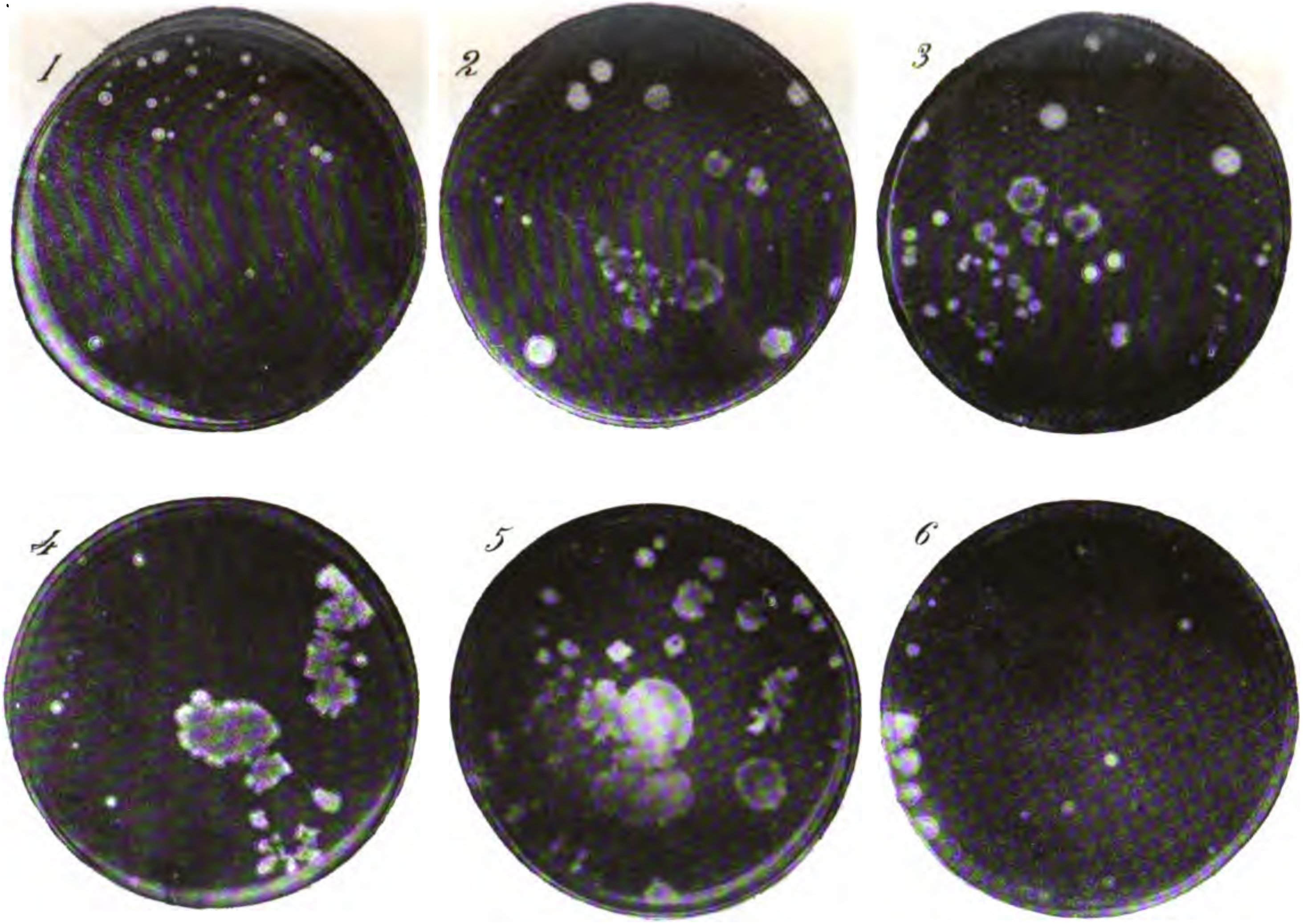
Abbiamo ripetuto per tre volte codesto esperimento e con risultamenti presso a poco eguali: l'ultima volta si è voluto vedere se dopo trascorso un certo tempo (un'ora e più) dal momento dell'applicazione del germe sulla trachea, gli effetti fossero modificati. Ebbene, potemmo constatare che il risultato variò soltanto in rapporto al numero delle colonie sviluppate, poichè si ebbe: nella prima scatola, un unico accumulo di colonie; nella seconda sei colonie isolate; nella terza, un limitato accumulo; nella quarta nessuna colonia e del pari nella quinta; mentre nella sesta si sviluppò una sola colonia. Ciò dimostrerebbe che anche essendo scarso assai il numero di germi che si trovano depositati sulla superficie del primo tratto delle vie respiratorie, pure questi possono essere cacciati fuori con piccole bollicine di liquido e mantenersi sospesi nell' atmosfera sino alla distanza di almeno più decine di centimetri.

Con ciò il nostro esperimento sarebbe una ulteriore conferma del principio emesso da Flügge circa questo modo di trasmissione di germi infettivi da parte dell'ammalato.

Or poichè anch'io ho dovuto toccare quest' argomento degli sputi, sento il dovere di soggiungere che le sputacchiere pel pubblico devono essere disposte non a livello del suolo, ma ad una certa altezza, per ragioni facili ad intendersi, cioè per impedire che per sbadataggine o caso, chi sputi, versi fuori del vaso le secrezioni espettorate.

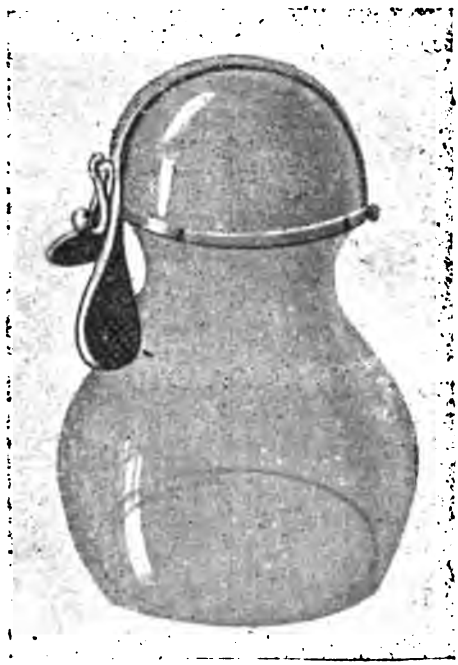
Dopo di che mi piace richiamare l'attenzione dei colleghi sopra un nuovo modello di sputacchiere (per sale ospedaliere, per infermi che guardano il letto e tascabili per quelli ambulanti) che la Germania ci fornisce e che per semplicità, facilità di disinfezione e praticità mi pare meritino, fra tutte, il primo posto (v. fig. 1 e 2).

Ho accennato che avrei circoscritto il mio lavoro, per non ripetere cose note e dette; epperò taccio del grave, per quanto solenne compito di rinvigorire la giovane generazione con eser-


1
2
3
4
5
6

cizii ginnastici appropriati, con una buona e proporzionata alimentazione, con il limitare l'eccessivo, lavoro, usufruendo nelle città marittime, della posizione geografica e del clima, promuo-

Fig. I.



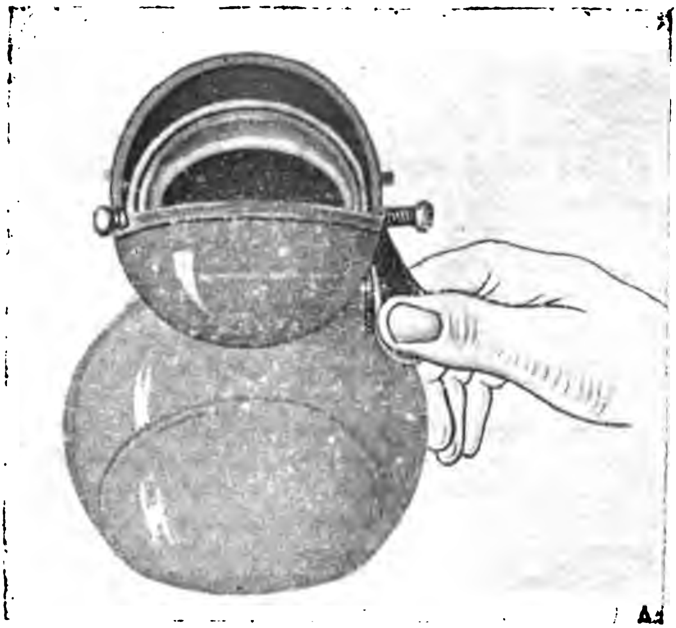
vendo la fondazione di ospizii marini ed adoperandosi perchè le pubbliche scuole, nelle quali per lunghe ore sono sequestrate queste giovani piante, assetate di aria e di sole, siano possibilmente erette in riva al mare od in posizione elevata e libera. Taccio della oculatezza tanto necessaria nei matrimonii, nella scelta delle professioni, delle arti e dei mestieri, per fermarmi sulla profilassi delle localizzazioni nasali, faringee e laringee, secondarie a precedenti lesioni, specialmente pulmonari.

Se, da una parte, la inalazione si deve giustamente ritenere uno dei più frequenti modi di penetrazione del bacillo tubercolare nell' organismo, è pur vero, dall'altra, che la tubercolosi primaria delle vie più alte è una eccezione.

Molta influenza protettiva devono certamente esercitare: la via lunga ed abbastanza difesa delle fosse nasali e l'epitelio di rivestimento, provvidamente di natura vibratile.

Dopo questa considerazione, si comprenderà perchè una profilassi contro la tubercolosi di queste sedi, data una localizzazione d'indole analoga nel pulmone od altrove, sia desiderio

Fig. II



superiore alle nostre speranze, arrivandovi il bacillo, più di frequente, per le vie linfatiche e sanguigne.

Pure, allo scopo di neutralizzare l'azione malefica di quei, tra i germi che potessero attecchire in qualche punto e rendere questo uno sterile terreno, servono bene le polverizzazioni di sublimato al millesimo, che da lunghi anni ho messo in pratica.

Il precoce e radicale intervento nelle adeniti tubercolari del collo, è il solo mezzo più razionale che, diretto a sopprimere il focolaio morboso, salva gli organi più vicini dal possibile contagio, precisamente come la rimozione di vegetazioni adenoidi tubercolari vale a scongiurare i pericoli di terribili localizzazioni, viciniori e lontane. Ma poichè codesta è una diagnosi che fa il microscopio, cioè dopo che le vegetazioni sono state asportate, si comprenderà di leggieri quanto siffatti timori legittimino l'attivo e pronto intervento.

Precetto salutare, questo, che potrebbe trovare la sua indicazione anche nella ipertrofia delle amigdale palatine, dopo che la tubercolosi latente è, per queste ghiandole, una giusta preoccupazione, grazie ai non pochi studii che ne accreditano la possibilità.

Per la tubercolosi della lingua, delle labbra, delle guance, malgrado la eccessiva rarità, le misure radicali dirette a sopprimere i focolai morbosi, rappresentano anch'esse la migliore profilassi, prima delle quali converrà separare gli utensili che servono all'individuo colpito, a cui s'interdiranno le prove di affetto e di amore espresse con amplessi e baci.

Nè va dimenticato un altro precetto: quello di evitare i traumi di qualunque genere ed i ripetuti catarri che, come quelli, potrebbero, un bel momento, favorire la esplosione di novelle complicanze, perchè appunto i traumi scemano nell'organismo il potere di resistenza verso il germe che vi giunge a contatto.

La conclusione di questo primo paragrafo è, dunque, niente altro che l'eco di quanto sin oggi la scienza e l'esperienza ci hanno insegnato come difesa profilattica contro la tubercolosi in genere.

Se taluni particolari da me rilevati hanno, in realtà, il valore che io ho loro attribuito, sarò felice che sieno presi in benigna considerazione da così dotto consesso; ma è vano formarsi inopportune illusioni, perchè l'attuazione di queste grandi risorse reclamerà tempo e denaro, e pel momento converrà contentarsi di piazzare tante pietre miliari che valgano a delineare il cammino, che percorreranno trionfalmente la *carità* e la *scienza*.

CURA

Da scettico son divenuto credente in fatto di curabilità della tubercolosi laringea, di questa terribile localizzazione che, con fondamento, si può dire assorbe quasi tutto l'argomento a me affidato.

Ciò tiene, o Signori (lo dico subito), all'esperienza che ho acquistata con gli anni: prima, io non vedeva che casi gravi, avvanzati, estremi; da qualche tempo a questa parte (cresciuto il credito della specialità) vedo forme attenuate ed incipienti accanto a quelle prime.

Però la fede nella possibilità di curare la tubercolosi laringea e quella delle prime vie del respiro, non va tradotta (è appena necessario rilevarlo) in un canone clinico generale che

suoni: tutte le tubercolosi laringee, faringee e nasali si possono curare, e molto meno che parecchie guariscono.

Vedremo presto quali siano i limiti di queste aspirazioni; ma prima di tracciarli, io sento il dovere di soggiungere che, quello che noi meno conosciamo, come il dovremmo per un pronostico esatto, sono le condizioni che consentono codesta guarigione: molte volte sembra che tutto concorra ed armonizzi in favore di quella, e si avvera una catastrofe; altre fiate temiamo l'insuccesso e si verifica ciò che non avremmo mai osato sperare.

Si noti bene che io non sono fra quei pedanti che si affannano a distinguere la guarigione *anatomica* e quella *clinica*.

Nella qualità di medico pratico io mi contenterei di dichiarare guarito quell'infermo di tubercolosi laringea che deglutisce bene, mentre prima non lo poteva; che parla a voce forte, mentre prima era afono; che respira, mentre soffocava; che si nutrisce, non ha febbre, passeggia, lavora e si diverte in proporzione di quello che consentono le condizioni pulmonari — se la forma è, come più spesso succede, secondaria — e corrispondentemente si modificano e scompaiono le note anatomiche locali. Quando si pensa che noi laringologi, grazie allo specchio laringeo, siamo in grado di bene vagliare le lesioni anatomiche localizzate nella laringe (che è organo tanto prediletto dalla tubercolosi e dove il processo morboso si svolge tipicamente) ed accompagnarne il loro decorso, si comprenderà perchè quando si tratta di controllare gli effetti di un qualsiasi trattamento, non v'ha giudice migliore di noi. Ond'è che questa della tubercolosi laringea è divenuta un'aurea pagina oggidì delineata nei libri di patologia con una esattezza ed una diffusione invidiabili, e se mi è concesso di evocare gli ammaestramenti di una lunga pratica, io non temo di affermare che non vi è giorno in cui, nelle modalità con cui si esplicano le forme più classiche, non si ravvisino varianti, dettagli, complicanze che, se modificano il tipo fondamentale della fisonomia del morbo, ne rivelano tutta l'importanza dal lato sintomatologico, diagnostico e curativo.

Fermandomi — in questo preambolo — alle localizzazioni laringee, io espleto pure, in massima parte, la narrazione di fatti che si riferiscono alla mucosa delle prime vie respiratorie: con l'aggiunta che per la tubercolosi nasale, del cavo nasofaringeo, delle tonsille palatine e della lingua, volentieri gli è con manifestazioni primarie che si a fare, e per quella faringea,

viceversa, piuttosto con manifestazioni di una generalizzazione (tubercolosi miliare).

Ora, più che presentarvi, o Colleghi, un indice dei farmaci o dei metodi proposti (che come tutti sapete brillano per numero e per delusioni), io preferisco una rivista rapida e sintetica attraverso questo campo, che si è mostrato tanto fertile per le indagini e la fantasia, un' analisi da cui possano emergere corollarii concreti sulle indicazioni generiche, che sono la guida meno fallace nella scelta e nelle nostre aspirazioni. E s' intende che io voglio parlare semplicemente della *cura locale*: il trattamento *generale* passa, in questi casi, in seconda linea, ed esce dal campo nel quale noi abbiamo a muoverci, nella nostra qualità di specialisti, in omaggio alla limitazione del tema che ci siamo prefissi.

Comincio, per il posto che le spetta e per l'abbreviazione di cui potrò usufruire riguardo al trattamento delle altre localizzazioni, dalla *tubercolosi laringea*, contro la quale noi vantiamo una *cura radicale* ed una *sintomatica*. La prima, accreditata da fatti irrevocabili dopo la lunga lotta sostenuta; la seconda imposta dal dovere di rimediare ai fenomeni più contemplabili, talora urgentissimi.

Evidentemente il primo compito che il medico deve proporsi, è quello di bene stabilire se, per tentare la cura radicale, vi siano le condizioni volute; ma è certo pure che taluni compensi palliativi (la scelta dei quali neppure può esser fatta a caso), col tempo approdano a stabile e definitiva guarigione.

La cura radicale, tentata con audacia e fortuna, è precipuamente rappresentata da quello che si dice *trattamento chirurgico*, cioè dalle larghe scarificazioni, dal raschiamento, dalla laringo-fissione.

Iniziato da M. Schmidt e T. Heryng, dopo aver attraversato periodi di avversa e prospera fortuna, col Congresso Internazionale di Roma (1894), codesto trattamento ebbe l'*accessit* nella pratica laringoiatrica, dopo che uno dei più abili propugnatori, Heryng, con fine criterio ne seppe limitare le indicazioni. Fu una capitolazione reciproca nei due campi: soddisfatti i miscredenti, paghi gli apostoli del novello metodo, concordi tutti nel limitare l'attivo intervento alle forme primarie, ovvero a quelle circoscritte, con buone condizioni pulmonari e lodevole stato generale. Promesse e speranze; tentativi più, o meno razionali; pronostico riservato.

Dalle ampie scarificazioni della epiglottide e delle aritenoidi, che Schmidt avea commendato fin dal 1880 per combattere

la disfagia, si giunse ai più perfetti raschiatoi (le doppie curette), destinati ad inseguire gl' infiltrati nei più reconditi siti e completare, con l'uso locale di provati rimedii (l'acido lattico a preferenza) la demolizione del focolaio morboso.

Ma le difficoltà tecniche e l'impossibilità di poter spegnere le piccole scintille scoppiettanti insidiosamente in punti non sospetti od inaccessibili, fecero rivivere di maggiori speranze una operazione più radicale e più facile, alla portata di tutti: la laringo-fissione.

Promossa da Goris, nel 1898, ebbe luogo a Bruxelles, in seno alla Società di chirurgia Belga, una importante discussione su questo metodo, in favore del quale si riferivano alcuni esempi (1), ed anche il nostro Masini se n'è mostrato caldo partigiano.

La critica dei vari metodi curativi non può aver valore se non quando è fatta in base ad esperienze personali ed io, su tal riguardo, devo confessare che non ne ho alcuna; ma se ci è dato raccogliere le sparse sarte e far la storia dei fatti, noi potremo arrivare a conclusioni spassionate, che varranno ad illuminarci.

Evidentemente quello che il Goris dice, e che si può obbiettare contro qualunque metodo endo-laringeo per le vie naturali, è vero; noi non possiamo aggredire ogni punto leso e specialmente la regione subcordale, che si sottrae persino alla vista. Il Goris, difatti, cita qualche caso in cui la regione inferiore delle corde vocali è stata trovata inaspettatamente passionata; ma malauguratamente è a riflettere che nè pel cancro, nè per la tubercolosi si può dir la vittoria esclusivamente riposta in un generoso raschiamento con consecutive cauterizzazioni, magari col galvano-cauterio.

Vero è che il Goris dichiara la laringotomia una operazione semplicissima e scevra di pericoli; pure, tale non è l'avviso di Dandois, il quale la considera come un intervento ardito, importante, la benignità assoluta del quale non è dimostrata, e tale sembra che sia il parere della maggioranza.

Sicchè noi ci troviamo di fronte ad un primo ostacolo, quello di *tentare*, esponendo l'infermo a qualche pericolo più diretto, cosa che se sembra logica in teoria, non è sempre accettata dai pazienti, ai quali bisogna dire intera la verità in siffatte evenienze.

---

(1) V. *Annales de la Societé Belge de Chirurgie.*

Problematica guarigione e possibilità di danni immediati, tanto più facili in infermi di tubercolosi, ecco due dati che si potranno attenuare nel loro significato, giammai negare.

Andiamo avanti: Goris dichiara che la scelta dev'essere ben fatta: lesioni circoscritte, stato generale lodevole; a lui poco importa lo stato dei pulmoni.

Ora, bisogna aver fatto semplicemente delle tracheotomie per convincersi che se le due prime condizioni non sempre affidano, la terza mette, nel risultamento finale, un gran punto interrogativo. Di fronte agli eclatanti successi, noi dobbiamo ricordare le affrettate catastrofi, e si tratta di una operazione assai più semplice della laringotomia, non dico preliminare, perchè la si può persino sopprimere.

La statistica, dunque, finora non brilla per cifre, e trarre conclusioni apodittiche da pochi casi fortunati, significa sbagliare.

La base razionale della laringotomia nella tubercolosi laringea è teoretica, non pratica, gravida di speranze, non esente da disinganni.

Guardiamo ora da un altro lato la questione: evidentemente nelle lesioni circoscritte, con lodevole stato generale, noi vantiamo buoni risultamenti con altri mezzi ancora; anzi da questo paragone viemmeglio risaltano la curabilità della tubercolosi circoscritta e le guarigioni raggiunte con armi differenti in buone condizioni di lotta.

Io potrei presentarvi varii infermi affetti da cordite tubercolare e forme vegetanti in tale lodevole stato, da far dubitare persino della diagnosi: corde bianche, mobilissime, assenza di infiltrati, ritorno della voce, assenza di bacilli, di febbre, aumento di peso del corpo, residuale cirrosi pulmonare. Infermi curati o con toccamenti diretti di etere jodoformico, fenolo solforicinato od acido lattico, ovvero semplicemente con ittiolo: in alcuni, raschiamento largo e ripetuto, in altri termini, risultamenti superiori alla tirotomia, con mezzi più semplici, più accettabili e che domani si potranno riprendere, se vi sarà recidiva, senza scrupoli o rimorsi.

Dal punto di vista di un trattamento radicale, io comprendo più la *laringectomia*, che la *laringotomia* con consecutive cauterizzazioni, nella tubercolosi laringea.

Sopprimere l'organo malato è indicazione più razionale di quella che aspira a guarire la lesione in loco: è risaputo che, per errori diagnostici, la laringe tubercolotica è stata estirpata; ma se è lecito dubitare della resistenza dell'organismo contro

la laringo-fissura, è più logico prevedere che eccezionalissimi sarebbero i casi nei quali possa pensarsi alla estirpazione, alla quale, per altro, la tubercolosi primaria soltanto fornirebbe una classica indicazione.

Noi, cioè, non possiamo dai singoli casi trarre leggi generali per applicarle sistematicamente alla cura di un morbo tanto polimorfo e tanto ribelle.

La laringotomia, però, esercita una favorevole influenza sullo stato generale: ecco quello che rappresenta un non spregevole vantaggio. Precisamente lo stesso che si verifica — talora — con la semplice tracheotomia.

Che se questa favorevole influenza, enigmatica tuttora nella sua genesi (ed è perciò che taccio delle teorie emesse), la si può raggiungere con una operazione più semplice ed anche senza, io non so perchè l'apertura della cavità laringea dovrebbe avere la preferenza. Per aggredire meglio i focolai morbosi? E ciò mi ricorda quello che avviene per i papillomi: la stessa operazione caldeggiata da taluni, non protegge dalla recidiva e non fa più di quello che raggiungiamo con la sola tracheotomia. Non a torto, dunque, io diceva in una mia conferenza su la cura della tubercolosi laringea, che quando son costretto dalla dispnea ad un intervento palliativo, *volentieri* pratico la tracheotomia.

Il volentieri va tradotto nel senso che, preferendo l'apertura della trachea alla intubazione contro gli stringimenti da tubercolosi laringea, io mi trovo nella favorevole condizione di esperire un mezzo, il quale possibilmente eserciterà una doppia influenza favorevole: sulla lesione locale (riposo dell'organo) e sullo stato generale (larga dissetazione di ossigeno), limitando così il cateterismo a quei brutti casi nei quali lo stato generale non consente l'operazione cruenta, mentre un bisogno impellente ci impone di soccorrere una vita pericolante.

Se mi fosse stato agevole raccogliere i varii infermi tracheotomizzati, tuttora viventi e presentarveli, io avrei potuto dare una prova dimostrativa di queste asserzioni, e non dubito che tutti sareste rimasti compiaciuti, nel vedere rifatti e vegeti, individui che erano in tale stato di deperimento, da lasciar temere della loro vita da un momento all'altro: devo limitarmi, mio malgrado, a presentarvene un solo: ma, certo, vale per molti.

Nè sembri strano che a tal proposito io rievochi persino il ricordo di alcuni infermi da me operati di tracheotomia ed ora decessi, perchè essi morirono per complicanze estranee alla tu-

bercolosi, sopravvissero parecchi anni alla operazione e presentarono segni classici di perfetta quiescenza del morbo laringeo.

Però io ho sempre praticato e pratico la tracheotomia quando vi sono astretto dai sintomi stenotici; se la manovra endo-laringea non è pericolosa e le condizioni generali il consentono, io raschio generosamente, e fra i varii infermi da me curati così, potrei esibirne qualcuno (se la distanza non me lo avesse vietato) che presentava la forma vegetante nella sua esplicita estrinsecazione, ed ora non solo l'afonia è perfettamente debellata, ma gli scarsi fenomeni pulmonari sono scomparsi, come i bacilli, e questo soggetto si può dire — dopo parecchi anni — sano del tutto.

Io conchiudo: non condanno all'ostracismo la laringotomia nella tubercolosi laringea e non nego che possa avere speciali indicazioni, che forse io pel primo sarei in grado di riconoscere e posare. Nego bensì che possa elevarsi a metodo di cura, sia per la parvità dei casi fortunati, sia perchè non scevra di pericoli, sia perchè diretta a combattere un morbo che facilmente recidiva, sia, infine, perchè malgrado quello che noi stessi diciamo contro il trattamento per le vie naturali, vi sono esempii d'indiscutibili guarigioni così ottenute e talora con semplici medicature locali.

Noi ignoriamo il retroscena di codeste parvenze morbose, la loro estensione, la resistenza dell'organismo, il decorso e l'indole dei focolai pulmonali, quando coesistono: ma—pur facendo le debite riserve—abbiamo dati a sufficienza per poter decidere se preferire ad una cura diretta il trattamento chirurgico, e, fatta la tara, nell'immensa falange dei casi, la percentuale di quelli che più si prestano alle nostre manovre e più lasciano sperare, sebbene ancora bassa, non è tale da trattenere il nostro braccio e dissuaderci dal tentare con razionalità una cura diretta per le vie naturali.

In fondo, dunque, uno dei primi elementi che deve illuminarci e guidarci nella cura, è la precoce diagnosi: è superfluo ripetere quello che già innanzi dissi delle difficoltà e dei mezzi per superarle. La precoce diagnosi comprende un approssimativo pronostico, fatto alla stregua delle lesioni locali, comparate a quelle di altri organi (se ve ne sono) ed allo stato generale.

A compimento di codesto pronostico mi sia permesso sottoporre al vostro giudizio talune considerazioni che mi vengono

alla mente raggruppando le molte osservazioni da me raccolte in 30 anni.

Salvo errore, io sono arrivato ad una personale conclusione circa lo sviluppo della tubercolosi laringea.

Considero le forme d'infiltrazione, particolarmente aritenoidea, epiglottica e del vestibolo, con o senza ulcerazioni, come localizzazioni dei bacilli arrivati nella trama dei tessuti, per le vie linfatiche e sanguigne, cioè come forme secondarie; e le vegetanti (le corditi comprese) come espressione di sviluppo in *loco* di codesti germi, cioè forme primarie, o se secondarie dovute ad innesto locale.

Le prime, espressioni di un processo già generalizzato, sarebbero (secondo il mio concetto) le meno accessibili alla cura locale; le altre, le più appropriate.

Se inganno vi è da parte mia nella interpetrazione della genesi di queste manifestazioni, inganno non v'è riguardo al loro significato pronostico, dacchè tutti i laringologi concordano nella separazione di queste forme, su per giù, nei limiti da me abbozzati.

Ed inganno non vi è, se una critica spassionata ci mostra che, non di rado, quelle meravigliose manovre fatte da abili colleghi, con istrumenti perfettissimi, in nulla mutano la condizione morbosa, se non la peggiorano.

Quì, in questo consesso, vi sono compagni autorevoli i quali potrebbero meglio di me dire, testimoni oculari non sospetti, a che approdano i raschiamenti della inter-aritenoidea in quei casi dall'aspetto pachidermico, che attestano semplicemente la vera natura del processo e l'abilità dell'operatore, ma non sono le manifestazioni più adatte ad essere così energicamente aggredite!

L'infermo, talora, si decide ad enormi sacrifizii pecuniarii, viaggia, paga bene il medico forastiero, alla soglia del quale si presenta umile e contrito, e poi ritorna in patria come ne era partito, se non peggio, ed allora si accorge di avere a torto rinnegata la fede, della quale era degno l'onesto ed abile curante connazionale!

In queste circostanze, le polverizzazioni di acido lattico alternate con quelle di sublimato (che io tuttora caldeggio) mantengono quella lentezza di decorso, che noi dobbiamo favorire, quando non sappiamo far di meglio, quando cioè non vogliamo dimenticare che certe manovre poco opportune aprono vie che non erano beanti e fanno divampare incendii che forse sarebbero egualmente esplosi, ma con grande ritardo.

A qualcuno potranno sembrare troppo ottimiste queste considerazioni; ma io posso subito soggiungere che le polverizzazioni fanno molto bene in quei casi nei quali vi è tendenza a regressione spontanea od a lento decorso. Io stesso son rimasto meravigliato nel rivedere, dopo 3-4 mesi, infermi con infiltrati circoscritti, la natura dei quali non era punto dubbia in base a tutti i criterii i più concordi, ritornare a me in condizioni tali che non li avrei mai più riconosciuti, se una circostanziata relazione non mi avesse messo sott'occhio i guasti di un tempo.

Sono quasi due anni che io vidi una vecchietta ottantenne, a causa di una lieve disfagia: trovai in laringe le note di una infiltrazione circoscritta in fase ulcerante, ed i miei sospetti vennero avvalorati dall'ascoltazione, che riscontrò un po' d'indebolimento ad un apice e dalla presenza di scarsi bacilli nello espettorato.

Qualche polverizzazione di resorcina, di acido lattico e di cocaina, fecero talmente migliorare quella inferma (tuttora vivente), che lo stesso medico curante (assai deferente a mio riguardo) credo non abbia mai prestato fede alla mia diagnosi!

Chi vuol parlare, dunque, di cura radicale della tubercolosi laringea, non deve dimenticare che si tratta sempre di tentativi; che per essere accreditati a farli, parecchie condizioni sono richieste; che più primaria, o meglio localizzata è la lesione laringea, maggiore dovrà essere il coraggio e l'ardimento, maggiore la fede, maggiore l'oculatezza; che non è indifferente propugnare la laringotomia o la semplice tracheotomia, il raschiamento o le scarificazioni o l'assidua medicatura diretta con l'acido lattico, il fenolo solforicinato, il jodoformio, i quali rimangono, per ora, signori nel campo della terapia locale.

Alle iniezioni interstiziali di olio creosotato preconizzate da Chappell di New York, Castex (1) ha sostituito quelle di cloruro di zinco (1 per 20, o 5 gocce di una soluzione al 5 °/₀ secondo Weglenski) in omaggio al noto metodo sclerogeno del Lannelongue; mentre le prime obbligano talora alla intubazione (che gloriosamente sostituisce, in alcune evenienze, la tracheotomia), queste ultime sarebbero scevre da accidenti. Un po' di dolore, di dispnea, e poi tutto rientra nell'ordine.

Sono per altro, mezzi tuttora in linea di esperimento, come la *cura a permanenza*, proposta dallo stesso Weglenski, mediante

(1) *Maladies du larynx, du nez et des oreilles*. Paris, 1899.

speciali tubi da intubazione, involti in una camicia di tarlatan, bagnata in una soluzione di olio mentolato o naftolo canforato, che si lasciano in sito per 24 ore; sono mezzi che stanno allo stesso livello della cataforosi cuprica interstiziale, proposta da Shepphrell di New Orleans e ben poco provata.

Non ho mai prestato gran fede alle cauterizzazioni con la elettro-termica, ed invece ho sperimentato moltissimi tra i farmaci applicati direttamente *in loco*.

Ricorderò l'acido lattico, il jodoformio, il fenolo solforicinato.

In realtà, malgrado la fama che li circonda, sarebbe illusione schierare questi agenti nelle fila dei mezzi radicali: chi potrebbe affermare che in quel dato caso, l'uno o l'altro riporterà la palma?

I successi che ne hanno sostenuto la riputazione, sono subordinati a quelle tali intrinseche condizioni che noi perfettamente ignoriamo. Se non che, dopo questa protesta, non può negarsi in termini assoluti il loro relativo valore, ed a me piace far risaltare alcuni dati di fatto che registro da storico, più che da critico. Mi è sembrato l'acido lattico assai più efficace, combinato al raschiamento, che non stropicciato da solo sopra superficie infiltrate ed ulcerate. In questo secondo caso ho visto infermi, che dal settentrione venivano nel nostro dolce clima, esprimere la loro viva riconoscenza con parole ed atti commoventi, quando al doloroso metodo, che si era mostrato inefficace, io ne sostituiva uno analgesico.

Riaffermerò ancora una volta il pregio del fenolo solforicinato, a preferenza nelle corditi tubercolari, e meglio di me potrebbe dirne qualche cosa il prof. Trifiletti che — a suo tempo — fece il dovuto omaggio al Ruault, il quale raccomandandolo nelle sue applicazioni alla tubercolosi laringea, rese un vero servigio alla pratica.

Confermerò la virtù antisettica ed analgesica del jodoformio, il quale, ad onta del paragone con i nuovi rimedii, sin con l'ortoformio, rimane un prezioso modificante nelle mani di coloro che spassionatamente lo sperimentarono, e tributo, con riconoscenza, l'onore dovuto a chi ce lo fece conoscere, una grande figura troppo presto scomparsa, il prof. Elsberg.

Ho sentito parlare della Kalagna (1) in maniera tanto vaga,

---

(1) Fornita da un Console Belga dell' America del Sud (V. *Atti della Accademia di Medicina* di New York, Sezione Laringologia e Rinologia, riportati negli *Annales des maladies de l'oreille, du larynx*, ecc. aprile 1900) venne sperimentata da varii e ricordata da Gleitsmann.

che appena mi pare valga la pena segnalarla tra i *nuovi rimedii contro la tubercolosi*, e perciò mi arresto per non sdrucciolare nella lungaggine da cui cercai salvarmi, non senza omettere di dire che talora con rimedii semplici noi possiamo compire una cura radicale.

Vi presenterò, dopo, un infermo nel quale la cordite, prima sinistra, poi destra, ha lentamente, ma completamente ceduto ai toccamenti con jodoformio e poscia con ittiolo.

Dio mi guardi da traduzioni svisate e conclusioni affrettate: io constato che nelle forme circoscritte ed incipienti massime nelle corditi, quando favorevoli condizioni il consentono, l'acido lattico trova eccellenti rivali nel fenolo solforicinato, nel jodoformio e, persino, nell'ittiolo.

***

La *cura sintomatica* può riguardare i disturbi della *voce* quelli della *respirazione* o della *deglutizione*., soli od associati.

Non è a meravigliare se anche un'afonia da lesioni tubercolari della laringe, meriti la considerazione del medico; talora le occupazioni dell' infermo (alle quali potrà continuare ad attendere) sono proprio quelle che gli procureranno i mezzi per nutrirsi e curarsi; tal' altra la preoccupazione per la disfonia supera quella degli altri sintomi e bisogna aver visto quanto sollevato rimanga il morale di un tisico, allorchè la voce migliora, per intenderne tutto il valore.

Se la disfonia tiene a vegetazioni endo-laringee, la rimozione di queste espleta ad un tempo il trattamento *radicale* e *palliativo*, come la guarigione di una ulcerazione, correggendo l'edema collaterale e favorendo le condizioni per la fonazione, può riuscire benissimo a far ritornare la voce.

Così dei diretti toccamenti con fenolo solforicinato, acido lattico, jodoformio, ittiolo: in un infermo, che fra poco vedrete, la voce interamente perduta si può dire ora del tutto ripristinata con l'uso del jodoformio e dell'ittiolo.

Ciò dico limitando il mio compito alle chiare manifestazioni tubercolari e non alle possibili complicanze, specie la paralisi degli adduttori, ed i facili ed intercorrenti catarri nei tisici.

La dispnea impone ben altri doveri e ben altrimenti preoccupa e terrorizza i poveri infermi.

Della tracheotomia ho detto quanto basta, perchè ora vi ritorni su; ripeterò solamente che — in quelle date contingenze da me analizzate — questa misura sintomatica riesce potente

mezzo curativo della tubercolosi laringea e talora persino della pulmonare.

Questa sola probabilità varrebbe a dimostrare quanto razionalmente essa sia preferibile alla intubazione: senza dire che la presenza del tubo in una laringe vittima di gravi guasti non pare raccomandabile, contro l'infiltrazione specifica il lungo soggiorno della cannula in sito non sarebbe certo foriera di benefici effetti.

Che se le condizioni generali e pulmonari sconsigliano la tracheotomia, una efficace misura palliativa contro la laringo stenosi non potrebbe meglio attuarsi se non con la introduzione delle note cannule di O' Dwyer.

Veniamo ora alla terza indicazione, la più frequente, la più grave, la più compassionevole: voglio dire della *disfagia*.

Quanta cocaina, olocaina, eucaina e morfina, quanto oppio ed acqua di lauroceraso, quanti vapori balsamici e sedativi, quante pastiglie, quanti inutili tormenti!

Se le larghe scarificazioni si fossero provate costanti foriere di beneficii, scevre di pericoli e di nuovi dolori, oh! da quanto tempo, per comune consenso, non sarebbero all'ordine del giorno contro sì terribile sintoma!

I calmanti e gli anestetici non arrecano che fugace e mite sollievo, meno della soluzione eterea di jodoformio, che Elsberg accreditò avverso la disfagia appunto, e del mentolo, che negli estesi infiltrati dell'adito e del segmento posteriore, con o senza ulcerazione, noi instilliamo direttamente ovvero portiamo a distanza, mercè i polverizzatori.

Eguale fortuna non pare abbia arriso all'ortoformio, all'eurofene, al glutol, alla caffeina, all'antipirina, ecc. ecc.

Ma nella disfagia io accorderei gran valore all'alimentazione con l'apparecchio Dujardin Beaumetz, se la semplice manovra, tanto elegante e proficua, trovasse sempre uno stomaco resistente,

Il riposo delle parti e la protezione da qualungue agente che agisce come corpo estraneo, sono un primo vantaggio accanto all'altro di una iperalimentazione, tanto necessaria in quelle povere vittime, nelle quali sembra proprio che l'ultimo sintoma uccida il male e l'ammalato.

È l'estrema risorsa la quale mi ricorda i molti litri di ossigeno che si sciupano per i moribondi di pulmonite, quando la deficiente funzione del pulmone contrasta stranamente col ricco alimento che noi porgiamo, epperò è una risorsa alla quale è necessità piegare.

Qualche fiata la nota posizione col capo pendente, facendo stare l'infermo supino, come consiglia Norris Wolfenden, mitiga lo strazio procurato dalle poche gocce di liquidi cacciate giù in mezzo a spasimi atroci, come può fare l'aspirazione mercè un cannello di vetro o di paglia, in più fortunate circostanze.

E quì le note fondamentali di terapia locale contro le localizzazioni laringee, da me abbozzate alla meglio, si potrebbero dire espletate, se non mi premesse di aggiunger poche parola sulla cura climatica.

Ebbene, o Signori, se la forma laringea è grave e merita le cure di un provetto specialista, si capisce che se in una qualunque stazione climatica adatta non sarà possibile trovarne uno, converrà rinunziare a tutte le altitudini ed ai più accreditati Sanatorii.

Quando dico *provetto* specialista, io voglio alludere al medico coscienzioso ed intelligente, che non si decide a raschiare a casaccio, in omaggio a certi dogmi di terapeutica, i quali, nelle loro attuazioni pratiche, meritano scrupoloso adempimento: ma prima studia le indicazioni e poi applica il metodo con perizia ed oculatezza.

Se la forma è mite e maggiori saranno le probabilità di riuscita, si comprende pure che il trattamento topico deve avere il posto di onore; e se il caso è disperato e disperate le condizioni generali, un viaggio dal Nord al Sud o verso i monti, non servirà che a far chiudere gli occhi—allo sventurato martire— in terra straniera.

Sicchè, eccezion fatta pei casi di catarro semplice, di corditi non tubercolari complicanti lesioni pulmonari di natura tubercolare, nei quali l'aria buona e libera ed il silenzio riescono principali elementi di cura, sarà meglio rinunziare al trattamento climatico nella maggior parte delle laringopatie tubercolari.

Ho parlato del silenzio, cioè del riposo dell'organo e non voglio omettere di rilevare quali siano i pregi di questa misura igienica che dovrebb'essere costantemente reclamata. Ma sono raccomandazioni che, presso i nostri pazienti meridionali, tanto eccitabili e tanto amanti di discutere intorno ai loro malori, lasciano il tempo che trovano.

Mi ricordo, per contrario, assai sovente, di un tedesco che fu mandato a Capri per un'affezione dell'apice con catarro laringeo: gli si era severamente proibito di parlare. Dopo tre mesi di vita claustrale, egli venne a me unicamente per chie-

dermi se poteva parlare a voce alta, e poichè era veramente ed in tutto guarito, io non mi opposi; ma egli ritornò poco dopo per dirmi che non mi aveva ancora obbedito ed io dovetti lavorare per persuaderlo che poteva rompere la consegna.

***

La *cura locale delle manifestazioni nasali, faringee ed orali da tubercolosi* si può riassumere in poche parole, se quello che ho detto delle lesioni laringee può essere utilizzato.

Allorquando le lesioni sono l'indice di una tubercolosi generalizzata, miliare, come succede per le forme faringee, bisognerà limitarsi a pochi compensi sintomatici: il mentolo, il jodoformio, la cocaina, i disinfettanti localmente applicati.

Se invece trattasi di una forma lenta ed a *majori* primaria, il raschiamento, anche nelle lesioni ulcerative, generoso ed oculato, è in prima linea. Esso tanto più riesce, e tanto più incoraggia ad essere proseguito, quanto più facile è—in regioni così accessibili — la demolizione del focolaio morboso.

Il dottor Prota gentilmente accompagna qui una giovane con vegetazioni nasali: lunghi e pazienti studii ne hanno dimostrato la natura tubercolare. Ebbene, dal confronto fra lo stato attuale delle parti ed una riproduzione dal vero che facemmo nei primi periodi, e che io vi presento, chiaro risalta quello che ha saputo ottenere una chirurgia paziente ed efficace.

Per contrario, il dottor Tanturri, al quale confidai alcuni infermi con tubercolosi linguale, dolorosamente afferma che ad onta della stessa cura chirurgica e dei toccamenti di acido lattico, il male ha resistito e progredito. In questi casi, al raschiamento facciam sempre seguire i toccamenti con acido lattico in soluzione progressivamente concentrata: il dolore è minore, non vi è a temere spasmo, come per la laringe, e la generosa applicazione concorre meglio a mettere in evidenza la preziosa virtù di quell' acido, nell' attaccare i tessuti malati e rispettare i sani. Infine , se la natura tubercolare di vegetazioni adenoidi riscontrate all'esame clinico, fosse confermata dal reperto istologico, la demolizione di quelle sarebbe tanto più indicata, urgentemente richiesta e completamente fatta, quanto più isolata è la localizzazione.

Signori,

Se scoperchiando le pietre sepolcrali, le più spiccate figure della medicina, tramontate con la generazione che ci ha preceduto, potessero aprire gli occhi e spalancare le orecchie, questa monca relazione ravviverebbe il loro labbro muto per compiangerci od irriderci.

I progressi recenti hanno cangiata la fisonomia della tubercolosi in modo, che non è una bestemmia proclamarne la curabilità: epperò noi stessi non possiamo sconfessare che, malgrado la giustifica scientifica ed i mezzi dei quali disponiamo, troppo ci lusinghiamo e troppo ci affrettiamo a redigere statistiche promettenti, fermandoci alle prime tappe.

Se questo ottimismo non è in tutto rispondente al vero, rimane però sempre salutare incitamento ed il rappresentante di una cifra modesta di guarigioni che — mi sia concesso ripeterlo, come lo dissi a Firenze— nella sua *esiguità, pur forma legittimamente il nostro maggiore orgoglio.*

Non dimentichiamo che la lotta è ineguale fra i pigmei divenuti giganti ed i giganti, costretti a piegar la testa sotto la fionda di David.

Napoli, Marzo, 1900

VARIA

Il V Congresso della Società Italiana di Laringologia, di Otologia e Rinologia

Quando a Roma s'indisse il Congresso internazionale contro la tubercolosi, la Società italiana di Laringologia, di Otologia e Rinologia cedendo alle istanze che le vennero rivolte, stabilì che la sua quinta riunione avesse luogo dopo 6 mesi dalla 4ª, anzichè dopo 2 anni, giusta il Regolamento, ed a Napoli, anzichè a Roma, per concorrere anch'essa alla buona riuscita del grande convegno. Fu per questa ragione che unanimemente fu deciso di non trattare che la tubercolosi delle prime vie del respiro e dell'orecchio, nella lusinga che questo piccolo drappello fosse incorporato al grande esercito, al quale intendeva rendere meritato omaggio.

La nostra, quindi, era una riunione *eccezionale*, per tempo e per luogo, e più che un *Congresso* della Società, si poteva ritenere un *concorso* portato secondo le forze e la capacità dai Laringologi e dagli Otologi Italiani, alla grande opera umanitaria.

Ma circostanze da noi indipendenti, non permisero la progettata fusione, nè i locali prescelti pel Congresso Generale potevano ospitare la nostra Società. Per non perdere l'autonomia, da una parte, e per non venir meno alla promessa dall' altra, la nostra riunione ebbe luogo contemporaneamente; si parlò di tubercolosi (almeno in massima parte) e così, anche da lontano, noi rendemmo omaggio ai clinici Italiani e stranieri, convenuti in Napoli con quello spirito di fratellanza e di associazione, nella virtù del quale possono riporsi non infondate speranze, e non perdemmo di vista il principale obiettivo.

Quello che abbiam potuto noi fare nello stesso santissimo scopo, non spetta a noi dirlo: il nostro lavoro rimane consacrato in un buon volume, che non sarà l'ultimo fra gli atti della Società. Quasi tutti i giornali della specialità han dato distesamente contezza di quello che si disse e si discusse, come più svariatamente fecero parecchi altri periodici di ordine generico.

Per non ripetere ai nostri abbonati quello che avranno già letto, ed oltrepassare i confini del nostro Giornale, che non si occupa di Otologia, noi faremo una rivista sommaria del lavoro compiuto, arrestandoci soltanto su quelle comunicazioni e discussioni che direttamente ci riguardano e meritano che vi si fermi l'attenzione.

I nostri colleghi italiani sono stati larghi di elogi, a noi napoletani, pel modo come si era organizzato il Congresso , e noi sentiamo il dovere di esprimere loro tutta la nostra riconoscenza se davvero fummo tanto fortunati da far cosa, a loro, scientificamente e fraternamente grata; ma non possiamo trattenerci dal dire che il nostro Presidente Prof. Masini , il quale, da Genova, non poteva che comunicarci gli ordini, ci fu anch'egli largo di cortesia e di fiducia, incoraggiandoci, senza intralciarci, nel cammino tracciato. E come il più anziano dei napoletani, perfettamente svestito di qualsiasi incarico ufficiale , io posso serenamente tributare le meritate lodi al prof. Fasano, Vice-Presidente, che di tutto prese la maggior cura , sapendo sempre trovare la nota e la parola giusta nel salutare i convenuti, ed al dottor Garzia, che fu un Segretario instancabile e modello.

In bocca mia questa lode non può sembrare sospetta, tanto più che si traduce in risposta cortese alle lusinghiere parole che così amorosamente ci rivolsero i nostri compagni.

Prima di entrare in materia, mi piace rilevare due fatti che possono restare, per l'avvenire, prezioso insegnamento, e che rappresentano la nota saliente di codesta riunione: voglio dire l'*unicità del tema*; *l'indirizzo pratico e dimostrativo.*

Unicità del tema. — Il concentrare le forze interne ad un solo argomento ha il doppio vantaggio, di dare ampio sviluppo allo studio proposto e di non stancare.

Diciamolo pure francamente: le riunioni più popolose e più cariche di comunicazioni, sono quelle che più affaticano e meno istruiscono. Si passa da una cosa ad un altra, da un apprezzamento ad un altro, da un organo ad un altro, da un apparecchio ad un altro con velocità incalzante, e la lunga sfilata confonde ed esaurisce. Stretti dal tempo, le cose buone si affogano; un concetto nuovo, rimane abbozzato,se non strozzato, addirittura, e non di rado il malumore invade l'oratore il più spregiudicato.

Fissato un tema, tutti hanno la parola; tutti portano il loro contributo; tutti fanno obiezioni e danno chiarimenti, e dalla relazione e dalla discussione ne vien fuori qualche cosa di più perfetto che non una raccolta di temi variopinti e molteplici.

E' da tempo che si predica sulla limitazione dei temi nei Congressi, ed io vorrei che la restrizione si estendesse fino a fissarne un solo, bene scelto e bene svolto, secondo le esigenze dei tempi e lo spirito moderno.

L'indirizzo dimostrativo. — I pregi di *dimostrare* quello che si *asserisce*, sono stati tali e tanti, che basta soltanto ricordare la cosa: la dimostrazione può riguardare esperimenti compiuti, strumenti ideati, infermi curati o nei quali il giudizio diagnostico rimane sospeso. E' quello che si fa nella maggior parte delle Società estere, nelle quali alle chiacchiere, si so-

stituiscono i fatti, alle descrizioni fantastiche la presentazione degli ammalati, e così la mente si stanca meno ed è possibile far *molto* in *poco tempo*.

Di questo a me pare si abbia avuto una prova lampante nel nostro 5° Congresso: lavoro ben proporzionato e ben limitato; presentazione d'infermi, di modelli, di fotografie, d'istrumenti, ciò che permise, come appendice al tema principale, la discussione di altri argomenti di elevato interesse, che legò tutti i membri al loro posto e li rese attenti in principio, come alla fine.

Intelligenti pauca, ed ecco ora la cronaca del nostro 5° Congresso.

Seduta inaugurale.—Questa, e le successive riunioni hanno avuto luogo negli spaziosi e nitidi locali dell'*Istituto d' Igiene Universitario* a S. Patrizia, cortesemente messi a nostra disposizione dal chiarissimo direttore, il Prof. de Giaxa.

La cerimonia inaugurale si è svolta dalle ore 10 alle 11 del giorno 26, giusta il Programma, ed è riuscita veramente solenne, per la presenza del Sottosegretario alla Pubblica Istruzione, On. Manna, del Sindaco, del Prefetto, del Rettore della R. Università, di moltissimi scienziati, fra i quali tutto il gruppo degli specialisti napolitani, la maggior parte di quelli italiani e qualcheduno estero, e di numerosi intervenuti, fra cui esimî professori della R. Università, distinti personaggi e gentili signore.

Hanno pronunziato discorsi, palpitanti della circostanza e molto applauditi, l'On. Manna, il Sindaco Summonte, il Vice-Presidente Fasano ed il Presidente Masini, dopo di che quest' ultimo ha dichiarato aperto il Congresso, rimettendo l'inizio del lavoro scientifico alla seduta pomeridiana dello stesso giorno.

Intanto si è proceduto in corpo da tutti i presenti, ed avendo a guida il Prof. de Giaxa, alla visita dell'*Istituto d'Igiene*, che ha destato in tutti la più grande ammirazione.

1.ª seduta pubblica. — Alle ore 15 dello stesso giorno ha avuto luogo la prima seduta pubblica, nella quale si è largamente svolto ed illustrato da figure, preparati, modelli e presentazioni d'infermi, l'ordine del giorno: *la tubercolosi delle prime vie del respiro e dell'orecchio*. Relatori: Martuscelli, Massei e Gradenigo.

Di queste *relazioni*, e parliamo di quelle corrispondenti all' indole di questo giornale, faremo a meno di darne un sunto, anche breve, potendo il lettore in questo stesso numero seguire per esteso quella del prof. Massei, riguardante la «*profilassi e cura della tubercolosi delle prime vie del respiro*», mentre nel numero vegnente sarà pubblicata quella del dott. Martuscelli, riflettente l' «*anatomia patologica e la batteriologia*».

Solamente teniamo a dire che essendosi più volte, in queste relazioni, fatto il nome del prof. Armanni, con gentile pensiero il prof. Massei ricordò i preziosi studi di lui sulla *inoculabilità della tubercolosi*, e propose

d'inviargli un telegramma di saluto: il che fu approvato unanimemente e più tardi si ebbe anche risposta di ringraziamento.

Chiude la seduta una importante comunicazione del prof. De Rossi sull'*esame dell'udito nei ferrovieri presso le nazioni europee*.

Su questa comunicazione prese la parola il prof. Grazzi.

2.ª seduta pubblica, del 27 aprile. — G. Ferreri e T. Rosati parlarono della *laringologia nella difesa sociale contro la tubercolosi e proposte.*— Considerano gli OO. specialmente la profilassi e i sanatori e la missione degli specialisti laringologi nell'impedire la diffusione della tubercolosi, ammettendo per i tubercolotici delle prime vie, più che i sanatori o gli ambulatori speciali, stazioni di osservazioni e di cure, cui dànno il nome di *ambulanze tisio-terapiche*, da servire di cura e di vedetta.

A. Fasano. *Gli ultimi rimedi per la cura della tubercolosi laringea.* Ha ottenuto, dice l'O., ottimi risultati dalle insufflazioni di una miscela di tiocolo (gr. 0,20), cocaina (gr. 0,40), acido borico (gr. 2), specie associandovi il metodo di Heryng o la generosa somministrazione interna del tiocolo.

G. Masini. *Sulla presenza dei bacilli nell'aria espirata dai tubercolotici.*—L'O. ha fatto espirare e tossire ammalati in vicinanza del peritoneo di cavie laparatomizzate. Ha avuto un numero d'insuccessi nella proporzione di 7 su 10 nei casi nei quali non esisteva la tubercolosi laringea, ed una proporzione di 4 su 10 nei casi in cui esisteva questa localizzazione. La semplice espirazione, ma forte, non riuscì positiva che una sola volta.

V. Grazzi. *Profilassi della tubercolosi nella medicheria del laringojatra.*—L'O. insiste per impedire l'agglomeramento degli ammalati negli ambulatori, sulla necessità di sputacchiere contenenti latte di calce in forma di poltiglia, sull'impermeabilità del pavimento da lavarsi con soluzione di cloruro di calcio all'1 o[o, sulle precauzioni da usarsi dal laringologo per sè e nella disinfezione degli strumenti.

P. Masucci. *Alcune considerazioni sulla cura locale della tubercolosi laringea.* — Da una statistica propria di 198 casi, risulta che in 25 la malattia era primaria e che la tubercolosi polmonare si sviluppò nello spazio di 6 ad 11 mesi. In 10 casi osservò simbiosi sifilo-tubercolare.

Contro le infiltrazioni tubercolari laringee vanta l'uso dell'acido lattico e del jodoformio, e per le ulcerazioni il metodo di Heryng.

P. Masucci. *Le odierne quistioni profilattiche della tisi nei loro rapporti con la tubercolosi laringea.* — Dopo aver riassunto le cognizioni attuali sulla propagazione della tubercolosi e sulle misure profilattiche finora proposte, insiste perchè i laringojatri, più degli altri minacciati dall'infezione, iniziino per la profilassi della tubercolosi una crociata con un fervore non minore dei clinici generici e con questi si accompagnino, tanto nella ispezione di scuole, convitti, orfanotrofii ecc., quanto nei sanatorii.

V. Grazzi. *La peronina come nuovo anestetico nella cura della tu-*

bercolosi laringea. — L'anestesia con questo farmaco, dice l'O., si ottiene un po' più tardi che con dosi 3-4 volte superiori di cocaina, ma la durata è più lunga. Non produce sensazioni moleste, solamente iperemia, che si dilegua dopo 1/2-1 ora.

Ritiene la cura con la peronina meno nociva e meno dispendiosa che con la cocaina.

Ferreri ha esperimentato la peronina nella faringite secca. Per l'iperemia che produce, rendendo meno arida la mucosa, la crede atta a diminuire il sintomo predominante della faringite atrofica. Avrebbe il solo inconveniente del sapore amarissimo.

S. Genta. *Disfonia tubercolare. Patogenesi e cura.* — Accennato alla patogenesi di tale grave complicanza, come cura vanta il mentolo, l'iodoformio in soluzione eterea ed il fenolo-solforicinato al 20 %.

V. Garzia. *Tubercolosi primaria della laringe.*—Fatto cenno alle difcoltà della diagnosi ed al modo di superarle, l'O. espone alcuni casi di sua osservazione, nei quali ha tratto vantaggio dal metodo di Heryng e dall'acido lattico.

R. Mongardi. *Granuloma della corda vocale destra, in cui è stata riscontrata la presenza dei bacilli di Koch.* — Piccolo neoplasma all'unione del 3° anteriore col 3° medio della corda vocale destra (la quale del resto era pallida come tutta la mucosa laringea) asportato dall'O. ad una giovane domestica, appartenente a famiglia devastata dalla tubercolosi fattolo: esaminare, non si sono rinvenute cellule giganti, ma molti bacilli.

L'O. riferisce ancora su di un caso di *ingrossamento del naso probabilmente tubercolare* in una giovane quindicenne appartenente a famiglia di tisici. Anche in questo caso si ottenne la guarigione.

G. Martini. *Tubercolosi vegetante del naso.* — L'O. ricorda 4 casi del genere, osservati nella Clinica Oto-rinolaringoiatrica della R. Università di Genova. Le localizzazioni erano sulla schneideriana. La cura fu sempre chirurgica.

G. Isaia. *Contributo terapeutico nelle lesioni primitive di natura tubercolare del cavo orale e del condotto uditivo.* — È una nota preventiva sull'uso da lui fatto, in due casi, con esito in guarigione, di iniezioni di guaiacolo e iodoformio.

S. Tommasi. *Carie temporale per tubercolosi, in bambina di 15 mesi.* — Una breve, ma importante comunicazione.

D. Tanturri. *Presentazioni di modelli in cera riproducenti la forma della tubercolosi laringea.* — Sono sei modelli ben riusciti, riproducenti le varie forme di tubercolosi laringea; le lesioni sono nel contempo osservate in uno specchietto laringeo ad essi innestato. L'O. li presenta per lo scopo didattico e si promette di allargarne la serie.

V. Cozzolino. *I tubercolotici polmonari con localizzazioni bacillari sulle prime vie respiratorie e nelle cavità auricolari in rapporto del sa-*

natorio di montagna e sul littorale. — Da una inchiesta dall' O. fatta in proposito, risulta il benefizio che possono trarre i tubercolotici laringei dai sanatorii chiusi di altitudine. I quali sarebbero solo controindicati nei casi di laringite tubercolare ulcerosa in organismi cachettici, diabetici e specie in malati cardiaco-nefritici e di enterite ulcerosa, pei quali è più indicato un clima mite, come quello littorale. Nei Sanatorii di media altitudine crede inviare, almeno in primo tempo, i tubercolotici pulmonari con eretismo nervoso od avvanzata neurastenia. Niun clima per le manifestazioni miliari acute, ma la camera igienica nel proprio paese.

Seduta del 28 aprile — P. Licci. *Tubercolosi auricolare nella prima infanzia. Profilassi e cura.*

Su questa comunicazione prendono la parola il Gradenigo, il Nuvoli ed il Masini.

G. Masini presenta la fotografia di un caso di *tubercolosi primaria della lingua*, studiato dal Dott. Lattes, insistendo sui caratteri differenziali fra la tubercolosi e l'epitelioma.

G. Ferreri parla della *diagnosi della tubercolosi nelle suppurazioni croniche dell'orecchio.*

G. Nuvoli. *Contributo alla fisiologia dell'orecchio medio.* — Sulla dotta ed interessante esposizione, Masini, Gradenigo e Grazzi prendono la parola.

Grazzi presenta alcuni strumenti per la *misura* dell'*olfatto* e per la *cura della faringite* da lui ideati, e parla degli *effetti dei bagni in generale sull'organo dell'udito.*

Tommasi riferisce di *un caso di mastoidite di* Bezold *da otite media purulenta acuta, senza perforazione della membrana timpanica,*

A. Trifiletti fa un' altra comunicazione *contro certi corpi estranei dell'orecchio* (1).

Isaia. *Fibroma polilobare del cavonaso-faringeo.* — E' un caso operato dal Massei, che dà occasione all'O. per dire che si debbano spesso preferire le vie naturali per evitare emorragie e deturpazioni del naso.

G. Prota. *Sopra uno speciale tumore della epiglottide.* — È un altro caso operato dal Massei, importante per la sede, la grandezza ed il lungo decorso del tumore (6 anni). All' esame istologico: fibroma cistico multiloculare con fase attivissima d' infiltrazione parvicellulare.

F. Massei. *Due casi di lesioni para-sifilitiche della laringe.*—Essendo due casi simili, si ferma soltanto su di uno, che presenta. L' infermo aveva avuto manifestazioni faringo-laringee sifilitiche classiche. Pochi giorni prima era stato obbligato a praticargli la tracheotomia. Le corde vocali apparivavano aderenti, ma trattavasi di semplice ravvicinamento dovuto ad

---

(1) Pubblicato nell'*Archivio Ital. di Otologia ecc.* Vol. X, fasc. 2, Torino, 1900.

infiltrazione sub-aritenoidea. L'O. aggiunge che si tratta di un postumo di sifilide appartenente al gruppo delle *lesioni parasifilitiche*, stabilite dal Fournier per indicare che sono dipendenti dalla sifilide, ma non più risentono il vantaggio della cura mercuriale.

Egidi. *Altri casi d'intubazione nei lattanti. Estubazione col metodo di Bayeux.* Sono altri casi, dall'O. trattati a questo modo, a proposito dei quali rileva il vantaggio ottenuto, con l'accorciare i tubi nell'applicare il metodo di Bayeux. Circa alla difficoltà della nutrizione in questi bambini, vanta l'uso della gelatina somministrata a cucchiaini e che è presa facilmente da questi piccoli infermi.

Massei conferma l'utilità dell'alimentazione con la gelatina. Égli pratica l'estubazione digitale anche per i tubi lunghi, che gli è riuscita spesso, non sempre, cioè nella proporzione di 9 volte su 10; però non crede che il metodo possa avere il significato che vuol dargli Bayeux, perchè togliendo il tubo può avvenire spasmo acuto e morte.

Tanturri. *Su di un caso non comune d'intubazione prolungata.*—Vien riferito il caso di una bambina, in cui è stata necessaria la intubazione permanente, che è durata per 136 giorni.

L. Ajello. *Intubazione per corpo estraneo.* — É un contributo clinico all'applicazione dell'intubazione per corpi estranei, od almeno come mezzo esplorativo quando la laringostenosi resiste ai comuni mezzi.

Mongardi. *Operazione di Zaufal per necrosi petro-mastoidea con paralisi facciale.* — L'indole del giornale ci astiene dal darne un sunto.

R. Borgoni. *Presentazione di tubi in bambini ed in adulti.*—Sono presentati tubi in certo qual modo modificati, specie nella testa, allo scopo, dice l'O. di combattere l'impossibilità della somministrazione di bevande per le paresi dell'epiglottide, e si lusinga di veder presto sperimentato il suo tentativo. E' riuscito eziandio a far fabbricare tubi di argento sul sistema delle lamine a cerniera, leggieri come quelli di vulcanite.

Poche cose aggiungeremo intorno alla discussione del tema: *la Tubercolosi delle prime vie del respiro edell'orecchio.*

V. Grazzi, a spiegare la resistenza delle otiti medie secernenti nella loro propagazione al temporale, invoca gli studi sperimentali del Chiucini, il quale non potè sperimentalmente riprodurre queste propagazioni.

A. Trifiletti riconferma i risultati ottenuti dall'applicazione del fenolo solforicinato nella cura specialmente degl'infiltrati tubercolari delle corde vocali, risultamenti rilevati e propugnati dal Ruault di Parigi, e ringrazia il Massei ed il Genta che hanno ricordato il suo lavoro.

G. Gradenigo domanda al dott. Martuscelli il suo parere su questo quesito: se la diagnosi della tubercolosi laringea si dovesse, per opportunità di clinica, limitare ad un solo metodo d'indagine, a quale si dovrebbe ricorrere con maggior fiducia ?

G. Martuscelli risponde che allorchè si tratta di ricerche sui tessuti, ha trovato più esatte le ricerche istologiche, e per quanto riguarda la tubercolosi dell'orecchio medio si riporta alle ricerche di Garbini e Balestrani.

Gradenigo, a proposito delle sputacchiere mostrate dal prof. Massei, ricorda il modello Bastelli-Abba, dove, invece del liquido disinfettante, sono adottati i ricci di legno dolce, che mentre nascondono lo sputo e sono economici, si possono distruggere facilmente bruciandoli. Non crede che l'acido fenico abbia lo stesso inconveniente del sublimato, ma è costoso e puzza. Nota, però, che si è esagerato intorno a questi sputi, giacchè egli ha fatto esperienze in proposito: ha raccolto gli sputi di diversi individui in massa in scatole di Petri e li ha fatto esaminare dal dott. Abba: in nessuna delle scatole si è potuto trovare il bacillo.

Massei nel prendere la parola per rispondere, nota che fra i disinfettanti preferisce le soluzioni acide di sublimato all' 1 °|₀ con aggiunta di 5 °|₀ di acido cloridrico e si ferma lì, contento di veder tutti concordi nelle principali linee tracciate.

Chiusura del Congresso.—Masini mette ai voti la proposta dei prof. Massei e Gradenigo per nominare socii onorari i prof. Heymann e Schrötter. E' approvata per acclamazione.

Manda il più vivo e caldo ringraziamento al prof. de Giaxa per la gentile ospitalità.

Si rallegra dello sviluppo progressivo della Società, non solo come numero di soci, ma per i risultamenti di questo Congresso, che devono essere di guida al sociologo ed al legislatore.

Richiama l' attenzione sull' importanza sociale della comunicazione del prof. De Rossi e sull'ordine del giorno già votato in proposito dall'Assemblea, che sarà per cura della presidenza mandato alle Università ed alle Direzioni delle Compagnie ferroviarie italiane.

Gradenigo osserva che si abusa del titolo di specialista. Propone, se il Governo non interviene, di formare una specie di *Ordine dei Sanitarii*, il quale studii e riferisca sulla quistione : *come regolare l' esercizio della specialità.*

Masini legge il seguente ordine del giorno: *Il Congresso della Società di Laringologia ed Otologia fa voti che S. E. il Ministro della P. I. voglia ancora far progredire l' insegnamento della nostra specialità, rendendola obbligatoria.* Firmati: Massei, Masini, Gradenigo.

Grazzi, anche a nome di Bobone di S. Remo, propone che nel futuro Congresso si discuta una tariffa di prezzi massimi e minimi.

Masini chiude il Congresso, augurando che quello futuro abbia egualmente ottima riuscita.

E noi terminiamo la rapida rassegna, ricordando la favorevole impressione

che riportarono tutti , Italiani e stranieri (erano presenti il Fränkel e Heymann) dalla visita all'Istituto di Laringojatria, nel quale il Gabinetto e la sala di medicatura hanno subìto, recentemenre, un notevole ampliamento.

Il presente fascicolo è di pagine 56, mentre, per l'eccedenza dei precedenti, dovea essere di pagine 44. Terremo conto di questa eccedenza in quello ultimo, di ottobre.

Istituto di Laringojatria della R. Università di Napoli
diretto dal Prof. Ferdinando Massei

Anatomia patologica e batteriologia della tubercolosi delle prime vie respiratorie e dell'orecchio

Relazione alla 5ª Riunione della Società italiana di Laringologia, Otologia e Rinologia

pel Dott. GIULIO MARTUSCELLI, Preparatore

SOMMARIO — Breve saluto — Cenni batteriologici — Formazione del tubercolo — Tubercolo nel lupus e nella tubercolosi — Distribuzione dei tubeicoli nei tessuti — Tubercolosi nasale — Tubercolosi faringea (reg. tonsillare, palato molle, ecc.) — Tubercolosi della lingua — Tubercolosi laringea — Esperimenti sulla tubercolosi laringea primaria — Tubercolosi dell'orecchio (esterno, medio, interno) — Alterazioni vasali ed associazioni microbiche — Infezione sperimentale con tessuto tubercolare.

Signori,

Parve ai più poco propizio, per lo sviluppo di importanti comunicazioni, l'indire due Congressi, seguentisi a così breve intervallo; ma, quanto avessero errato, nè è pruova l' indiscutibile interesse di questo che oggi si inaugura e dei temi che vi si trattano.

Fu pensiero del prof. Massei far coincidere ai Congressi tenuti qui, in Napoli, in quest'epoca, da altre Associazioni mediche, quello dei laringologi ed otologi italiani: perchè ognuno avesse potuto, nel proprio campo, portare il suo concorso allo studio non solo; ma, ciò che più monta, alla terapia di un'affezione così diffusa, e che tante vite miete alla società umana. Poichè molto contribuisce, a combattere questa malattia, l' esatta conoscenza, per i medici generici, delle sue localizzazioni in parti dell'organismo, ove, senza l'aiuto di persona esperta e

competente, è difficile rintracciarla: senza dire, che, come vi è noto da maestri, quivi può subdolamente fare i suoi primi passi, e che, se a tempo diagnosticata e ostacolata nella evoluzione, è più facile e sperabile menarla a guarigione. E siccome molte volte si battezza per tubercolotico un individuo afono, o che ha avuto la disgrazia di vedere i suoi sputi tinti in rossiccio, quando di tutt'altro è affetto che di tubercolosi, così voi vedete pure come il divulgare le vostre conoscenze ed i risultati della vostra esperienza, può grandemente riuscire di sollievo ad infermi i quali, sulla fede di medici ignoranti ciò che con l'esercizio di anni noi potemmo conseguire, si piangono tubercolotici, quando una cura ben diretta in poco tempo può ristabilirli.

Lungi, quindi, dal divenire meno importante dei precedenti, questo 5° Congresso fa sperar bene dei frutti che se ne dovran raccogliere relativamente alla interpretazione ed al modo di curare di una malattia contro cui si sono spuntate, una ad una, tutte le armi che si son venute ad essa opponendo: mentre è sperabile conseguire buon risultato oggi che molto han progredito e le nozioni della sua etiologia, e quelle della biologia del suo microrganismo specifico. Ma innanzi che voi diate principio alle discussioni, poichè vi riunite per la prima volta nel nostro paese; non solo per visitare, come alcuno gentilmente ebbe a dire, la Scuola Napoletana; ma più per divenire, da vostra parte, benemeriti di buon numero di ammalati, permettete che io vi porti il saluto unanime dei laringologi ed otologi napoletani, giacchè ho l'onore di prender primo la parola.

I vostri colleghi vi danno, Illustri Cultori, il benvenuto, e di cuore vi dicono d'esser fortunati di potervi ospitare con affetto pari, se non maggiore, di come lo furono altre volte da voi ed a Firenze ed a Roma; e vi esprimono il voto che le premure che saran per dimostrarvi possano sempre lasciarvi piacevole ricordo dei giorni passati, qui, assieme.

Alle gentili Signore, che vollero rendere queste tornate liete, col favorirci di loro graziosa presenza, vada l'attestato della nostra massima devozione.

Signori,

Cenni batteriologici.—Già dal 1868, e cioè 14 anni prima della scoperta del bacillo di Koch, era stata dimostrata, per opera del Villemin, la inoculabilità di questa malattia agli animali, mediante il trasporto di piccole quantità di sostanze tubercolose,

che egli introduceva nell'orecchio di un coniglio. Eguali risultati si ottennero con l'inoculazione degli sputi dei tisici. Nel 1872 l'Armanni riproduceva la tubercolosi inoculando la cornea degli animali con sostanze tubercolari. Nel 1879 furono questi esperimenti ripetuti con pari risultato dal Cohnheim, venendo così pure distrutta l'ipotesi prima avanzata, tra gli altri, anche da questo sperimentatore, che fosse possibile riprodurre le istesse lesioni introducendo sostanze meccanicamente irritanti, o qualunque altra specie di masse caseose. Riconosciuta con l'esperimento la specificità di questo *virus* tubercolare, fu pure dimostrata la identità tra tubercolosi umana e tisi perlacea delle vacche, che il Virchow dichiarava una sarcomatosi.

Fu però solo dopo che il Koch ebbe comunicato alla Società fisiologica di Berlino il 24 marzo 1882 « essere i bacilli della « tubercolosi non solo la causa di essa, ma la sola causa e che « senza bacilli non vi è tubercolosi », che fu possibile assodare la natura di questo processo ed il suo modo di diffusione, avendo sino allora la denominazione di tubercolosi o malattia granulosa indotto in non pochi errori circa le affezioni da comprendere sotto tal nome.

Il Koch potette isolare da tutti i casi di tubercolosi i bacilli, coltivarli fuori dello organismo, e con la loro inoculazione riprodurre la malattia.

D'allora in poi le ricerche si volsero allo studio della biologia di questi microrganismi; poichè solo la esatta conosceaza del loro modo di sviluppo e di diffusione poteva portare a quella, non meno perfetta, delle lesioni da essi prodotte. Permetterete dunque che io dica di alcuni caratteri di questi microrganismi e mostri le culture a quei Colleghi i quali, pure edotti al par di voi su quanto concerne quest' affezione, non ebbero opportunità di osservare terreni inoculati con bacilli di Koch. Questi per lungo tempo non si potettero studiare, a causa della mancanza di una loro colorazione specifica, il che impediva di ricercarli nei tessuti. In goccia pendente non si notano mai spore: sui preparati colorati si osservano spesso sino a sei lacune chiare, che da Koch vennero ritenute per spore; mentre che in tutti gli altri casi conosciuti non se ne rinviene che una sola per cellula. Anche i mezzi di cultura dettero assai da fare: e Koch pel primo li coltivò sul siero di sangue: in seguito, per ovviare agli inconvenienti nel preparare il siero, Nocard e Roux introdussero l' uso dell'agar glicerinato, terreno opportunissimo allo sviluppo di questo microrganismo. Ma anche nelle migliori condizioni, le culture richieggono da

8-15 giorni per svilupparsi ed una data temperatura: lievi oscillazioni della quale sono sufficienti ad arrestarne lo sviluppo.

Così pure sono necessarie alcune precauzioni per coltivarli. I bacilli di Koch facilmente si lasciano spegnere da altri a vegetazione più florida; e siccome negli sputi esistono gran numero di batterii che occuperebbero in breve tempo tutto il terreno di innesto, si rende, con materiale infetto, tubercolotica una cavia, la si sacrifica 15 a 20 giorni dopo, e con tutte le precauzioni note si innesta la materia tubercolare sui terreni. Così le culture si possono conservare per lungo tempo; il Fränkel mostrava ai suoi allievi la 107ª generazione della prima cultura di Koch su siero di sangue, così ottenuta. Diversamente, restano inoffensivi dopo 6-7 settimane.

Ma preferisco mostrarvi, ora, varii terreni innestati con bacilli della tubercolosi, più che farvene la descrizione. Accennerò solo al tipico aspetto su placche ove rassomigliano ad arabeschi a ghirigori; e su preparati ad impronta ove ciascuna linea sinuosa della colonia si mostra formata da bacilli accollati nel senso della loro lunghezza, e diretti secondo il grande asse della zooglea. In questi tubi (v. fig. 1) voi vedete, invece, delle squamette

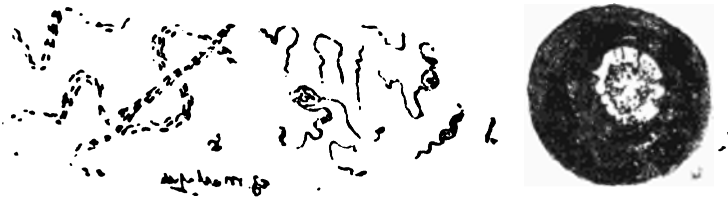


Fig. 1.

opache, secche, che aderiscono poco al terreno nutritivo, e che possono confluire a formare una membrana. Queste squamette nel brodo non si dissociano, ma cadono al fondo, lasciando il liquido trasparente. Così pure sul siero liquido si sviluppa alla superficie una membrana, che al menomo movimento si frange e cade al fondo del vase, mentre che il liquido resta sempre limpido. Comunque ottenute, le culture sono virulente; ed inoculate, producono risultati identici a quelli dei prodotti tubercolari. La virulenza di questi ultimi è dovuta alla proprietà che in essi i microrganismi resistono allo essiccamento in modo che è possibile rinvenirli nel pulviscolo di abitazioni anche lungo tempo dopo la degenza di un tisico (Cornet). Galtier, riscaldata per 20 minuti a 60° la materia tubercolare e 10 m.

a 71°; o disseccata perfettamente ad una temperatura di circa 30°, ha potuto infettare delle cavie con la stessa rapidità dei prodotti freschi; Schill e Fischer hanno reso tubercotiche le cavie con sputi tubercolari previamente disseccati e poi riscaldati 15 minuti in una corrente di vapor d'acqua.

Formazione del tubercolo—Penetrati nell'organismo ove possono arrivare per tutte le vie (diremo delle prescelte discorrendo delle diverse regioni), si origina una neoformazione di noduli grigiastri, detti tubercoli, costituiti, come vi è noto, dai tre strati di cellule giganti, cioè epiteloidi e linfoidi. Come si originino le prime, varie sono le teorie, due le principali. Una sostenuta da Baumgarten, Weigert, Strauss, ecc. fa ritenere che solo le cellule fisse del connettivo e le epiteliali siano capaci, dietro uno stimolo qualunque (specie gli agenti vivi parvicellulari), di proliferare e di trasformarsi in cellule epiteloidi e cellule giganti. Le quali non deriverebbero dalla confluenza di più cellule epiteloidi, ma dalla divisione nucleare di una sola di queste cellule, proliferazione che non è seguita dalla concomitante segmentazione del protoplasma. I leucociti non entrano punto nel loro sviluppo, e le stesse cellule giganti in fine non hanno veruna funzione che loro sia propria. L'altra, sostenuta già dal Cohnheim, da Koch, da Yersin e principalmente dal Metschinikoff e dallo Stzchatsny, fa ammettere che sieno i leucociti migrati i soli capaci di trasformarsi in cellule epiteloidi e giganti. Queste ultime (Metschinikoff) possono avere origine in maniera differente, sempre però dai leucociti (Salvo). Comunque sia, il protoplasma di queste cellule giganti, prima sottilmente granuloso, diventa man mano omogeneo internamente alla corona dei nuclei (necrosi da coagulazione di Weigert) e contiene quivi dei vacuoli. Questo fatto è in rapporto col deposito dei bacilli tubercolari, che, prima isolati, poi si dispongono come un anello, all'interno di quello nucleare, in forma raggiata: il che dimostra pure che vi è un rapporto intimo con lo sviluppo e la morte dei bacilli tubercolari: i quali dapprima si moltiplicano nell'interno della cellula gigante, poi periscono e vanno scomparendo prima dalle parti centrali (fagocitosi del Metschinikoff). Adunque, alla formazione del tubercolo segue la distruzione. E se questa si manifesta nell'interno della cellula per necrosi da coagulazione, così dalla neoformazione ha luogo la caseificazione come espressione della metamorfosi regressiva.

Tubercolo luposo, ecc.—Prima di procedere oltre, sento di dover dire poche parole sul *lupus* che, prodotto egualmente dal bacillo

di Koch, si vorrebbe considerare come una specie differente dalla tubercolosi comune. Restando nei limiti a me imposti, io verrò esaminandolo dal punto di vista della batteriologia e della anatomia patologica, per giustificare per qual ragione, sotto il titolo di tubercolosi, discorrerò delle lesioni tubercolari e lupose. Dal punto di vista della istologia cellulare è realmente impossibile, dice il Leloir, stabilire una distinzione radicale tra lupoma e tubercoloma, malgrado i lavori di Baumgarten e di Grancher. Insomma, le differenze istologiche sono ben poco importanti; il processo patologico è solamente più pronunziato e più rapido nella tubercolosi che nel lupus. Dal punto di vista batteriologico, l'elemento specifico, il bacillo di Koch, esiste nel lupoma come nel tubercoloma. E' solamente meno abbondante nel primo; ma in certe varietà atipiche e rare di lupus questo bacillo è qualche volta assai abbondante. Il lupus rientra adunque, dice Leloir, nel quadro della tubercolosi tegumentaria di cui costituisce il tipo più frequente e più importante. E siccome le esperienze avevano dimostrata la inoculabilità della tubercolosi, se il lupus era di egual natura, doveva, inoculato in buone condizioni, riprodurre la tubercolosi. Il che fu ottenuto da varii sperimentatori; ed il Koch, coltivando nel 1884 prodotti luposi, ottenne culture pure del bacillo tubercolare, determinando con la sua inoculazione tubercolosi inoculabile in serie agli animali. Il lupus, quindi, è una tubercolosi dei tegumenti, poco virulenta nella maggioranza dei casi, e che ha per lesione fondamentale il tubercolo; è prodotto da un microrganismo patogeno che è stato riconosciuto per quello della tubercolosi; dunque il lupus è una tubercolosi locale.

Distribuzione dei tubercoli nei tessuti — Quale è la distribuzione dei tubercoli nei tessuti?

I tubercoli si formano negli strati del derma, nelle tubercolosi cutanee; nel sotto-mucoso, in quelle delle mucose. Questi strati sono spessi ed infiltrati da cellule embrionali che si riuniscono per gran parte in masse o noduli più regolari, più o meno grandi, più o meno rotondi, disseminati senza ordine. I focolai rammolliti sotto-epiteliali spesso si aprono attraverso il rivestimento epidermoidale in modo che si generano ulcere secernenti pus, che si ricoprono di croste. Non di rado fra i noduli si stabiliscono infiltramenti diffusi ed iperplasia connettivale, ovvero si sviluppano rigogliose vegetazioni granulanti e prominenti sulla superficie della cute. Per la penetrazione di zaffi epiteliali delle papille ipertrofiche, più o meno allungate

ed irregolari, fra le granulazioni proliferanti, si generano talvolta formazioni simili a quelle del cancro (Ziegler). Un'altra forma di tubercolosi è quella che si osserva nei bambini scrofolosi, e caratterizzata da singoli focolai granulanti, nodosi, circoscritti, che hanno sede principalmente nel connettivo sottocutaneo, producono una tumefazione ed un colorito azzurrognolo, poi si aprono, emettono un liquido tenue bianco giallastro e lasciano ulcere con margini lividi e scavati con un fondo ricoverto da sottili granulazioni e da masse necrotiche (Ziegler).

***

La tubercolosi cutanea ha sede più frequente in prossimità degli osti ricoverti da mucosa, quindi, nella faccia, alle palpebre, al naso, alla bocca.

Tubercolosi nasale — Nel naso può localizzarsi o in seguito a tubercolosi delle regioni limitrofe o portatavi direttamente dallo esterno. A tal proposito è notevole il caso comunicato dal Meyer alla Società laringologica berlinese nel 1898. Egli presentò due ammalate, madre e figlia, affette tutte e due da lupus. La figlia fu affetta la prima; quanto alla madre, la sua infezione non potette essere attribuita che all'uso delle pezzuole di cui si serviva la figlia. Il lupus si localizzò in essa, prima alla pelle del naso, dopo, all' interno delle fosse nasali, e, finalmente, al laringe. Altre osservazioni che confermano un tal modo di infezione appartengono al Chiari ed al Bresgen che, nel suo caso, attribuiva con grande probabilità la infezione al trasporto dei bacilli tubercolari con le unghie delle dita. Invero, non vi sono molte osservazioni su questa lesione; tra le poche, mi piace ricordare quelle fatte nel nostro Istituto, e pubblicate da me e dal collega Prota. Nella mucosa nasale si osservano noduli bianco-grigiastri, che dopo la loro distruzione lasciano ulcere le quali possono o estendersi distruggendo enormemente i tessuti, o volgere a guarigione. La tubercolosi, quando risiede sul setto nasale, lo distrugge rapidamente: e siccome contemporaneamente vi è formazione di noduli, di vegetazioni nella regione del lobulo e delle pinne, e localmente si formano granulazioni, così questa distruzione molte volte si può solo discernere con lo specillo o sollevando il lobulo, che, per le vaste ulcerazioni, e distruzioni, ha perduto ogni rapporto di continuità con le parti vicine.

Un'altra forma è la tubercolosi delle ossa, nel qual caso esse

sono colpite più della mucosa. In generale, nel naso, si ammettono la forma *ulcerosa*, nella quale l'ulcera è per lo più unica, a margini più o meno arrotondati, variabile per estensione, ha sede sul setto, poco distante dall'apertura nasale. Alle volte coincide con ulcerazione cutanea del labbro superiore; dal setto il processo ulcerativo può propagarsi al pavimento delle fosse nasali, e pare che qualche volta si inizii nel solco fatto dall'unione del setto e del pavimento delle fosse nasali. Quello che caratterizza quest'ulcera tubercolare sono i varii punti grigiastri che trovansi alla periferia, e che sono dovuti a tubercoli in via di sviluppo, i quali, ulcerandosi, lasciano come residuo una quantità di ulcerazioni piccolissime. Nella forma *vegetante*, vi è un vero tumore che col suo volume ostruisce la cavità nasale (Cartaz), è a superficie irregolare, granulosa, bernoccoluta, a forma di mora. Questi tumori sono spesso ulcerati al loro centro, e la ulcerazione si approfonda fino alla cartilagine (Gérard-Marchant). Osservazioni di polipi tubercolari nasali sono quelle di Schmiegelow, Doutrelepont, Bender, Hahn, Leloir, Ostino, ecc.

Io ho eseguito alcuni modelli in gesso ed in creta, delle lesioni di cui ci occupiamo. Qui vedete una tubercolosi del dorso del naso che si estende al lobulo ed al setto; qui ho ritratto una forma vegetante, e in questo terzo modello una fase cicatriziale, che quasi sempre è deformante.

Tubercolosi della faringe—Tra le diverse parti della faringe, la regione tonsillare ed il palato molle sono più spesso colpite da tubercoli miliari (B. Fränkel). Secondo le ricerche di E. Fränkel, sul cadavere, in 50 cadaveri di tisici 29 volte si trovarono alterazioni patologiche nello spazio naso-faringeo. Di questi 29 casi 10 erano ulcere, e, tra queste, 8 interessavano le tonsille faringee.

Kidd in 500 autopsie trovò 4 casi di tubercolosi del velopendolo e 7 della faringe. Lublinsky vide 17 casi di tubercolosi faringea. La tubercolosi faringea si appalesa sotto forma di eruzione tubercolare e di ulcera. L'eruzione tubercolare è rappresentata da noduli miliari genuini; per la confluenza di questi apparisce come infiltrazione tubercolosa in forma di nodi o di macchie. Dalla distruzione dei noduli si hanno le ulcere. Queste portano sempre in primo luogo il carattere lenticolare: cioè sono perdite di sostanza superficiali, che si allargano più in superficie che in profondità, con fondo untuoso, lardaceo, e secrezione densa, caseoso-purulenta. I margini delle ulcere sono piani, erosi irregolarmente, e mostrano un alone infiammatorio, che li circonda. In questo, un esame

più accurato fa vedere frequentemente piccoli noduli grigi submiliari o miliari, talvolta visibili solo con la lente. Le ulcere più grandi mostrano quà e là singoli punti granulanti; su di essi B. Fränkel ha osservato granulazioni proliferanti. In alcuni casi la eruzione tubercolare resta per lungo tempo senza sintomi. Strasmann, sul cadavere, ha trovato che nelle tonsille dei tisici, non raramente, mediante l'osservazione microscopica, si scopre il tubercolo, che non produce alcun fenomeno in vita, e che non aveva neanche provocato alterazioni macroscopicamente visibili nelle tonsille. La vera tubercolosi miliare è una forma rara. Schnitzler ha seguito in un caso, *intra vitam*, lo sviluppo e lo sfacelo ulcerativo di veri tubercoli miliari genuini, tanto sulla mucosa faringea quanto su quella laringea. Egli trovò tutta la mucosa faringea e quella laringea molto pallide, e sui due archi palatini c'erano alcuni tubercoli bianco-grigiastri, grossi quanto un granello di papavero ad uno di canape. Nel corso di alcuni giorni questi tubercoli si ingrossarono, sia mercè proprio sviluppo, sia mediante confluenza. Poco dopo, si svilupparono ulcerazioni piccole e superficiali, le quali confluirono e si ingrossarono.

Relativamente alla tonsilla faringea, è fuori dubbio, dice il prof. Gradenigo nella sua relazione alla 4ª riunione della nostra Società, la esistenza di lesioni tubercolari secondarie tipiche nelle tonsille faringee dei cadaveri di individui morti di tubercolosi viscerale. Anzi, secondo Dmochowski, la tubercolosi della rinofaringe è la più frequente complicanza della tubercolosi miliare acuta: le lesioni si iniziano alla superficie della mucosa, con erosioni dell'epitelio, e si approfondano nel tessuto. Di solito si tratta adunque di processi secondarii. Quanto ai primitivi, Koch vide che i portatori di vegetazioni adenoidi reagivano tipicamente alla sua tubercolina, e miglioravano col trattamento.

Quanto ai reperti istologici, la questione fu recentemente ripresa dal dott. A. M. Luzzatto, nella Clinica del prof. Gradenigo, con l'esame di 50 tonsille. In 2 casi su 50 si videro lesioni tubercolari analoghe a quelle che si trovano nei ganglii linfatici. Non vi si potè dimostrare la presenza dei bacilli di Koch. In uno dei due casi fu inoculata parte della tonsilla in una cavia, alla coscia, e si sviluppò una tubercolosi a forma attenuatissima. I portatori di queste vegetazioni non presentavano alcuna lesione tubercolare, eccetto qualche ghiandola al collo.

Come divengono affette di tubercolosi la rinofaringe e le

tonsille? Qui concorrono tutte le possibilità: infezione diretta, primaria da bacillo di Koch, che, come risulta dalle ricerche di Strauss, può esistere virulento nell'interno della cavità nasale, in persone sane che frequentavano spesso locali abitati dai tisici. Nove persone, su 29 completamente sane, presentavano il b. tubercolare in uno stato virulentissimo, nella cavità nasale. Ma queste parti possono essere anche inficiate con alimenti, ad es. latte di vacche tubercolotiche, o dal muco che viene espulso da laringi con lesioni tubercolari. Così pure sul velo, nel quale, in seguito alla localizzazione tubercolare, possono stabilirsi perforazioni o aderenze al faringe, sia alla sua faccia anteriore che posteriore, come dimostrano le osservazioni di Dieffembach, Czermak, Coulson, ecc.

Tubercolosi della lingua — Tra gli organi soggetti alla infezione mediante la corrente respiratoria con l'alimentazione e come forma primaria, sta la lingua. Quivi le lesioni si riducono pure alla forma miliare ed alla ulcerazione: la quale è sita, in generale, sulla parte mediana della lingua e verso la metà posteriore, corrispondentemente (non sempre però) alla tonsilla linguale. Un'altra forma di infezione, per la lingua come per le altre regioni, è la tubercolosi per vicinanza di focolai tubercolari. Relativamente allo aspetto e struttura anatomica, le localizzazioni sulla lingua poco differiscono da quelle già descritte; in rari casi si formano anche accumuli nodosi profondi nel parenchima del tessuto, i quali si caseificano; il parenchima muscolare all'intorno di questi noduli, fino ad una rilevante profondità può essere infiltrato di noduli tubercolari a grosse cellule, all'intorno dei quali il tessuto è infiltrato da piccole cellule. Per disfacimento dei focolai tubercolari si generano ulcere di forma irregolare, ora piane, ora profonde; ed in quest'ultimo caso circoscritte da margini infiltrati e prominenti. Io vi mostro un modello che ritrae la lesione descritta, nel suo caso, da Tanturri. Son due ulcerazioni, variamente grandi, irregolari, situate verso la parte mediana, una più verso la punta dell'organo. L'infermo presentava pure infiltrazione delle aritenoidi. .

Tubercolosi laringea — La prima pubblicazione di un trattato sulla tisi della laringe, risale al 1790, ed appartiene al Petit di Montpellier; nel 1792 apparve l'opera del Portal, e nel 1802 il lavoro di Sannée, finchè nel 1819 Laennec stabilì la natura tubercolare dell'affezione. Con Trousseau e Belloc la tubercolosi laringea comincia ad affermarsi come processo primario, antecedente a qualsiasi alterazione tuberco-

lare dei pulmoni. Così pure, Andral, Hasse ammettono anche essi la forma primaria e la presenza dei tubercoli nella

Fig. 2.
Tubercolosi della laringe (Da un preparato dell' Istituto)

laringe. Seguono i lavori di Lhéritier, Barth, Wunder-

lich, Günsburg, Rokitansky, Förster, Virchow, e, più recentemente, dell'Heinze, il quale riconosce nel vero tubercolo la base esclusiva della tisi laringea. I lavori del Pogrebinski, del Sonnenbourg, dell'Orth, del Fränkel del Ziehl, del Marchiafava, assodano ancora meglio la esistenza di una forma primaria laringea, e Brunn asserisce che la tubercolizzazione della laringe espone i pulmoni a grandi cause di infezione, poichè gli infermi, dopo gli accessi di tosse, facendo delle profonde inspirazioni, aspirano facilmente i bacilli.

L'infiltrazione tubercolare della laringe (v. fig. 2) presenta il più spesso la struttura solita del tubercolo di Schueppel-Langerhans; oppure è in forma di infiltrazione diffusa di piccole cellule rotonde, principalmente attorno ai vasi ed alle glandole.

Le parti più frequentemente affette sono, nell'ordine in cui sono inficiate, la regione interaritenoidea ed aritenoidea, le pieghe ariepiglottiche, le corde vocali vere e false, i ventricoli di Morgagni, l'epiglottide. Le alterazioni che si stabiliscono nelle diverse parti della laringe sono le seguenti: le corde vocali ora sono ispessite, tumide, granulose, ipertrofiche, di color rosso-sporco; ora manca ogni rossore ed il loro margine, quantunque ancora rettilineo, ha perduto la sua sottigliezza ed i suoi caratteri; ora sono ulcerate, specialmente al loro attacco posteriore, ove la suppurazione è scarsa ed il fondo lardaceo. Con l'ulcerazione corrispondente al decorso delle fibre elastiche, la corda può fendersi per tutta la sua lunghezza. Le false corde si ispessiscono ed acquistano un colorito rosso-fosco carico, ed aumentando di volume possono nascondere le inferiori. Ulcerandosi l'infiltrato, la mucosa si presenta come perforata; però ben presto l'ulcera acquista la forma piana. L'infiltrazione tubercolare del ligamento ariepiglottico, è per lo più unilaterale e si accompagna ad edema di questa piega mucosa e delle parti adiacenti, costituendo *l'edema a pera*. I ventricoli del Morgagni furono trovati qualche volta pieni di pus, che si vuota alla pressione, e rivestiti da un essudato difteroide, biancastro. La mucosa, che di rado ulcera, giunge talora a fare ernia fuori dell'orifizio. In seguito alla tubercolosi del rivestimento mucoso delle aritenoidi, si osserva spesso la pericondrite delle stesse. Questa si manifesta ora come una infiltrazione sottomucosa, ora come infiammazione ulcerativa del pericondrio, determinata direttamente da un'ulcera profonda. L'esito della pericondrite è rappresentato sempre dalla anchilosi dell'articolazione aritenoidea, e quindi dalla fissazione della relativa corda vocale.

Nell'epiglottide si stabiliscono le più svariate alterazioni di

forma. Alla tubercolosi di essa si accompagna sempre un edema più o meno rilevante, per cui l'epiglottide rappresenta una massa tesa, bitorzoluta, gonfia. L'infiltrazione comincia dalla superficie posteriore e va all'anteriore. Con infiltrazione circoscritta, manca l'edema. L'epiglottide può rimanere perforata e perfino fessa in tutta la sua lunghezza. La distruzione è completa e si estende volentieri ai ligamenti ari-epiglottici. Volendo riepilogare le forme che può assumere, nella laringe, la tubercolosi, potremo col Massei raggrupparle alle seguenti:

1°) *Forma ulcerosa*; la più frequente fra tutte. L'infiltrato tubercolare è il punto di partenza di un'ulcera quasi sempre superficiale, e per lo più situata alla regione interaritenoidea.

2°) *Forma pericondritica*, di cui ho già discusso.

3°) *Cordite tubercolare*. È questa assai importante. A meno di esami istologici eseguiti dei raschiamenti praticati, i caratteri clinici poco affidano per l'esatta diagnosi. Rassomigliano a quelli di un cronico catarro; ma l' infiltrato può essere anche contemplabile.

4°) *Forma poliposa o vegetante*, in cui le produzioni tubercolari rassomigliano a veri tumori, ed alcune volte la loro estensione è tale da far pensare a produzioni cancerigne.

Le vie di penetrazione della tubercolosi laringea sono, secondo Krieg, le seguenti:

1°) per il tratto superiore del canale respiratorio ed alimentare, e quindi sopratutto per inalazione;

2°) per la corrente linfatica e sanguigna che va dal capo verso il collo;

3°) per il tratto inferiore del canale respiratorio, e sopratutto mediante uno sputo bacillifero;

4°) per la corrente linfatica e sanguigna, specialmente di quella che dal pulmone tubercoloso si muove in direzione della laringe. Krieg ammette, indiscutibilmente, la prima maniera, cioè di tubercolosi primaria. Quanto alla forma di tubercolosi pulmonale pleurogena, accampata dal Pfeiffer, il quale crede che i bacilli dal volto si facciano strada lungo i linfatici del collo e si avanzino ai pulmoni, passando per la pleura, che sta a livello degli apici, Krieg dice che, anche ammettendola, essa non sarebbe così frequente come crede Pfeiffer. Riguardo alla infezione mediante le ultime due vie, rileva che la maggioranza degli autori inclina ad attribuire all'espettorato la parte principale di veicolo nella diffusione; ed osserva che vi sono non dubbi casi in cui la infezione si fece per la via linfatica, e porta opinione che uno dei mezzi migliori per decidere

la questione sia il seguire con esattezza la coincidenza laterale delle lesioni laringo-pulmonali, già stata additata, molti anni avanti, dal Tuerck.

Però Jurasz, il quale è precipuamente fra gli autori che pongono in dubbio il predominio della omonimia dei lati affetti, e che appoggiò il suo modo di vedere su osservazioni che comprendono un periodo di circa 8 anni (1882-1890), avendo sopra 378 casi di tubercolosi laringo-pulmonale, constatato che solo in 30 (7,9 %), l'affezione interessava i due organi dall'istesso lato; colpito dai risultati di Krieg, che su 700 casi di tubercolosi laringea ne segnava unilaterali 275 (39. 3 %), dei quali 252 (91. 6 %) corrispondevano con identica laterale affezione del pulmone; incaricò Magenau di riprendere lo studio di questa quistione.

Ed i risultati ottenuti da Magenau diversificano essenzialmente da quelli di Krieg. In fatti, sopra 400 casi, soltanto in 65 (= 16. 25 %) l'affezione laringea era unilaterale; di questi 65, soltanto in 26 (= 40 %) esisteva dall'istesso lato di quella pulmonale. Negli altri 39 casi (60 %) mancava questa corrispondenza (25 volte erano attaccati i due pulmoni, e 14 volte c'era tubercolosi laringea e pulmonale, incrociate). La questione quindi, è tutt'altro che risoluta.

Esperimenti — Ricorderete che al 3° Congresso della nostra Società io riferii il risultato dei miei primi esperimenti sulla tubercolosi laringea primaria. M'augurai di parlarvene in altra tornata; ed oggi ho il piacere di annunziarvi di esser riuscito ad ottenerla sperimentalmente, sui conigli. Per essere breve, io dirò solo di due esperimenti.

Il primo riguarda un coniglio del peso di gr. 1500 con temperatura anale = 40.° Sotto narcosi morfino-cloralica (4 c.c.), si opera aprendo la laringe al disopra della epiglottide. Uncinatala, si infigge l'ago-cannula di platino di una comune siringa di Pravatz, nella regione aritenoidea; inoculando così alcune gocce di brodo sterile, in cui fu diluita una piccola parte di cultura pura di tubercolosi, in brodo. Dopo si sutura a sopraggitto, in massa, la ferita. Il giorno seguente, il coniglio respira con una certa difficoltà. E' costretto a divaricare, ad ogni aspirazione, fortemente le narici. Atti respiratorii accelerati (56 al m'). Perduta ogni vivacità, riposa in un angolo della gabbia, donde non si muove neppure se stimolato. T. = 37. 5. Tre giorni dopo l'operazione, muore. Ecco l'autopsia—Aperta la cavità addominale, non si nota iniezione peritoneale, nè versamento liquido nel cavo addominale. Tubo intestinale normale;

reni alquanto anemici non presentano note microscopiche di tubercolosi, nè d'altra lesione. Normali le capsule surrenali. Fegato di volume normale, di colorito bruno, al taglio non presenta note patologiche. Milza con polpa rosso-scura, di grandezza e consistenza normali. Pulmoni ben aerati e di colorito roseo non mostrano neppure le note di un semplice catarro. Aperta la laringe, che è edematosa sulla regione delle corde vocali, si osservano sul punto di inoculazione dei piccolissimi noduletti giallo-grigiastri, submiliari, che si propagano verso le corde vocali. L'epiglottide pure si presenta infiltrata, specialmente nei punti maltrattati durante la operazione. Trachea iperemica.

Evidentemente questo coniglio è morto in seguito a stenosi da edema ed infiltrazione della regione respiratoria laringea.

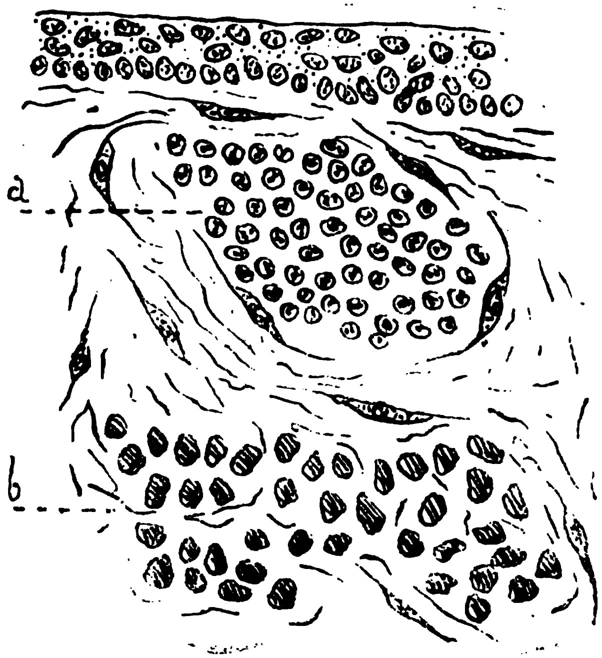


Fig. 3.

a) tubercolo in via di formazione
b) strato muscolare.

Quantunque il tempo decorso dalla operazione alla morte fosse stato così breve, pure noi troviamo la conferma istologica di quanto abbiamo asserito. Infatti, come si rileva dal preparato e

da questo disegno, (v. fig. 3) non si rinvengono tubercoli già belli e formati, è vero, ma se ne osserva l'inizio in questi accumuli di cellule sottoepiteliali, che, come forma, ripetono perfettamente quella dei tubercoli: non solo; ma, dippiù, tali formazioni si trovano lungo tutto il decorso delle corde vocali e sulle aritenoidi.

Il secondo coniglio, del peso di gr. 2000 e con T. rettale=38, si opera egualmente al precedente. Dopo due giorni, comincia a manifestare una certa apatia ed un po' di respiro affannoso; fatti che vanno aumentando sempre più nei dì seguenti. Siccome cominciavano a manifestarsi fatti intestinali tubercolari, io volli sacrificare l' animale per poter decidere se l' infezione generale fosse secondaria o no a quella inoculata alla laringe. E perciò, dopo 10 giorni dalla operazione, l'uccisi con cloroformio. Ecco l'importante autopsia.

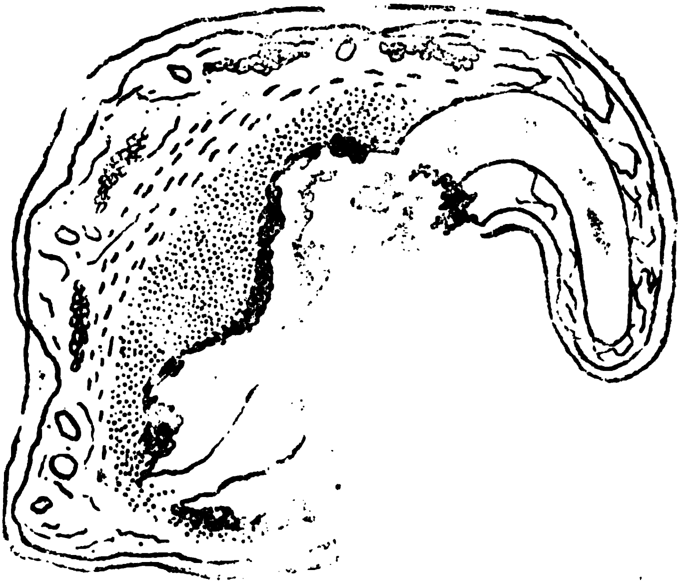


Fig. 4.

Preparato del focolaio tubercolare dell'epiglottide.

Sulla laringe (che vi presento) vi è ulcerazione e tumefazione della epiglottide, per la sua metà sinistra, sotto aspetto di una neoformazione grossa quanto un chicco di granturco di medio volume, in gran parte in via di caseificazione (v. fig. 4).

Sulla aritenoide dell'istesso lato v'è un piccolo noduletto, ombelicato, di colorito giallastro. La regione delle corde vocali è

fortemente edematosa. Normale la restante porzione della trachea. Pulmoni ben aerati, senza la più lieve traccia di lesione tubercolare. Tubercolosi della porzione *pilorica* dello stomaco e della *ultima* porzione del retto. Peritonite adesiva in corrispondenza di quest'ultima localizzazione. Incipiente tubercolosi del fegato.

Riconosciuta, fuori discussione, come secondaria alla lesione laringea la infezione generale in questo coniglio, per i punti in cui si è localizzata noi abbiamo potuto fare due osservazioni di tubercolosi sperimentale primaria della laringe, colte, l'una al suo periodo di formazione, la seconda a quello del completo sviluppo. Io quindi non credo di soffermarmi ancora su questi reperti, considerando pure che son costretto a tenervi, ancora per poco, occupati (1).

Tubercolosi dell'orecchio—La tubercolosi dell'O. E. è un' affezione non molto comune; i casi di tubercolosi primaria sono assai più rari. Nel principio, si mostrano macchie isolate, puntiformi o della grandezza di un acino di miglio, che a poco a poco si allargano, in guisa che l'intero padiglione si allunga e si ispessisce, da raggiungere spesso un volume 4-6 volte maggiore del primitivo; il quale aumento più spesso si fa a spese del lobulo.

Quantunque assai rari, sono registrati nella letteratura casi di tubercolosi primaria del padiglione. Notevoli fra gli altri quelli di tubercolosi del lobulo in una bambina, comunicatale con l'ago da un barbiere tubercoloso, chiamato per bucarle le orecchie; e l' altro, non meno interessante, riportato dal Leloir, di un fanciullo il quale soffriva semplicemente di impetigine cronica dell' O. Orbene, questa lesione ben presto si mutò in tubercolare, in seguito ad un cataplasma di bruchi raccolti presso la sepoltura di un cavallo morto di tubercolosi.

Per trovare la descrizione di questa malattia sul padiglione, bisogna compulsare i trattati di dermatologia, e ricercarla sotto quella di lupus tubercoloso. Leloir, il quale si ispira ad Hebra e Kaposi, dice che l'infiltrazione può estendersi in forma disseminata o diffusa a tutto l'orecchio, particolarmente alla sua faccia esterna, determinando qualche volta una ipertrofia di quest' organo. La faccia interna può essere invasa a sua volta; e la infiltrazione del padiglione per il lupus, continuandosi con quella della pelle ambiente, dargli un aspetto particolare. In

---

(1) L'esame microscopico, che per brevità ometto di riportare, conferma pienamente la diagnosi della integrità o meno dei varii organi esaminati.

alcuni casi l' orecchio si ricopre di vegetazioni framboesiache, che alcune volte mascherano completamente l'organo. Sebbene raramente si noti notevole restringimento del condotto U. E., c'è la osservazione di un orecchio, che, ridotto ad un moncone, era ricoperto da una membrana, sotto la quale si scovrì un pertugio piccolissimo, vestigio del condotto U. E.

Secondo Liaras, dal cui lavoro tolgo buona parte di quanto si riferisce a tubercolosi del padiglione, e che si ispira a quelli di Besnier, Tenneson e Gaucher, la localizzazione primitiva del lupus al padiglione è eccezionale; il più spesso l' O. è invaso secondariamente. Da Cazenave sino a questi ultimi anni si è sempre ammessa la identità di origine tra lupus tubercolare e lupus eritematoso dell'O. Oggi, osserva Liaras, si ha una tendenza a credere che esse debbano essere separate l'una dall' altra, ed egli è di questo parere. Però riporta che alcuni autori come Besnier, Gaucher, Dubreuihl, conservano l' antica opinione e si appoggiano su argomenti solidi che gli sembra interessante indicare. Cioè che il lupus eritematoso si osserva più particolarmente in famiglie di tubercolotici, che ad un periodo più o meno avanzato della loro affezione, questi infermi sono frequentemente affetti sia da tubercolosi pulmonale, sia d'adeniti tubercolari. Di più non è raro vedere il lupus eritematoso trasformarsi in lupus tubercolare. Che se le inoculazioni sperimentali sono sempre state negative, bisogna pertanto ammettere con M. Besnier che gli stessi argomenti furono opposti lungamente alla natura tubercolare del lupus volgare, sino a che ricerche più minuziose e più complete dimostrarono l'esistenza del bacillo nella affezione luposa (Gaucher).

Le forme con cui si manifesta la tubercolosi, sono la *piana*, che si osserva con più frequenza, secondo Neumann e Politzer. Non v'è alcun rilievo, o questo è poco apprezzabile, almeno alla vista; c'è una semplice infiltrazione dei tegumenti e nessuna reazione infiammatoria. Il colorito è rosso-brunastro, assai circoscritto. Alcune volte la superficie è come verniciata; in altri casi è coverta da squame larghe che danno un aspetto di psoriasi. Nella forma *prominente*, i tubercoli presentano uno sviluppo esuberante. La pelle è sollevata da rilievi molli ed elastici più o meno voluminosi, varianti dalle dimensioni di un pisello a quella di una nocella. Questi rilievi, costituiti per agglomeramento di noduli primitivi, sono isolati od aggruppati e formano delle placche, con base sempre larga. Inversamente alla forma *piana*, c' è reazione infiammatoria all' intorno. Questa varietà può ulcerare. Le vegetazioni eccezionalmente si svi-

luppano in tale quantità ed in sì considerevoli proporzioni, che l'orecchio è completamente mascherato e scomparisce sotto le produzioni framboesiache. La lesione può diventare veramente vegetante, ed alcune volte assume un aspetto elefantiastico. La forma *ulcerosa* la si osserva più spesso sulla parte superiore del padiglione: può avere un aspetto serpiginoso; può essere perforante, ed allora i bordi della ulcerazione sono lividi, spessi, infiltrati: la pelle edematosa nelle vicinanze ed un pus sanioso più o meno abbondante bagna sia la cartilagine sanguinolenta, sia una superficie granulante. Il condotto può essere egualmente invaso dalla tubercolosi venuta dall' orecchio esterno. La tubercolosi del timpano, prodotta dalla invasione partita dalla cassa, è comune. S'è pure egualmente visto, ma più raramente, svilupparsi dei noduli tubercolari primitivamente su questa membrana, e finire con l'ulcerazione. La forma più frequente di tubercolosi della cassa, è la seguente: nei tisici arrivati al periodo cachettico si stabilisce una suppurazione abbondante, che viene all'esterno, dopo la rottura del timpano. Le complicanze mastoidee di queste otiti sono frequenti e spesso, in seguito alla otite ed alla carie della parete esterna dell' apofisi, il pus cola allo esterno. Ma quando questa parete esterna è assai compatta, il pus non arriva a farsi strada, e l'apofisi diventa dolente. Allora il pus va verso il cranio; si producono carie profonde, in questa direzione, e la morte sopravviene per meningite della base o per ascesso del cervello. Ci sono rarissimi casi in cui il pus resta contenuto nell' apofisi, o nei quali si produce una tubercolosi primaria della cavità mastoidea. Tutte le parti della rocca possono andar soggette alla carie.

Nei bambini scrofolosi si osservano spesso delle otiti purulente torpide, a scolo debole ed intermittente, senza marcata azione distruttrice. Queste otiti sono maggiormente gravi quando esiste perforazione a livello della membrana flaccida, perchè allora si stabiliscono delle carie ad evoluzione lenta, che si localizzano sopratutto sul *tegmen tympani*. Schwabach, in un lavoro sulla tubercolosi dell' orecchio medio, riporta una completa letteratura ed i suoi casi. Su 26 casi sottomessi all'esame anatomico, ed appartenenti a 23 tubercolosi affetti d' otorrea, potette stabilire che si trattava 16 volte di otorrea senza dubbio tubercolare, mentre che essa era semplice negli altri 10 casi. Di più ha trovato su 113 malati tubercolosi della *Charité* 8 casi di otorrea (6.9 0[0) e su 139 tubercolosi, dell' Ospedale *Urban*, 11 casi di otorrea (7.9 0[0). Ben inteso, che non teneva conto che degli ammalati nei quali anche l'orecchio era affetto. Su

12,000 della sua policlinica, l'A. ha trovato 3.737 casi di otorrea, di cui 94 tubercolari. Le donne hanno una disposizione minore alla otor rea tubercolare, come non lo si suppose sinora. Questa disposizione è particolarmente pronunziata negli individui dei due sessi nell'età da 40 a 50 anni. L' A. cita inoltre i casi di tubercolosi dell'orecchio medio cominciati come otorrea acuta, e dove la natura tubercolare dell'affezione fu dimostrata con la presenza del bacillo nella secrezione, due volte e nella mucosa una volta. Quanto alla patogenesi, Schwabach crede che la mucosa sia affetta la prima, mentre che le pareti ossee dell'O. M. e l'apofisi mastoide lo sieno secondariamente. La morte avverrebbe per complicanze endocraniche consecutive.

Secondo Seimur, Oppenheimer la tubercolosi dell' O. M. può avverarsi in tutte le età, ma si riscontra più frequentemente dai 10 ai 12 anni. I bacilli di Koch sono stati trovati nel pus dell' O. M. in 4 casi su 25; tutti, più tardi, hanno soccombuto alla tubercolosi. In tre di questi casi in cui il pus conteneva bacilli, non c'erano altre manifestazioni tubercolari apparenti. Lo studio di un gran numero di statistiche mostra che l' O. è affetto nel 2,4 0[0 dei casi di tubercolosi. Il primo sintomo è l' apparizione del pus nell' O. E., senza alcuna affezione preventiva. La natura di questa malattia può essere stabilita sia per la presenza dei bacilli nel pus, sia per l'esistenza di altre affezioni tubercolari. E' caratterizzata, secondo l'A., da una leggiera infiammazione con carie degli ossicini. La perforazione della membrana è circolare, a bordi spessi. La colorazione bianco-bluastra della membrana costituirebbe un segno quasi caratteristico. Un altro segno sarebbe l' esistenza di due perforazioni distinte sulla membrana. Recentemente Garbini e Balestreri hanno portato il loro contributo allo studio della frequenza della tubercolosi nell'O. M. Rilevano che mentre alcuni la credono rarissima, altri l'ammettono con relativa frequenza; che gli studii fatti furono per lo più istologici o statistici; e che se si fecero studii batteriologici si ricercò il b. di Koch nelle secrezioni dell'O., cosa che poteva e doveva indurre in false deduzioni. Essi, invece, si sono esclusivamente attenuti alle inoculazioni del materiale patogeno in animali da esperimento, come le più sicure; su 40 esperienze ne hanno avute 4 sole positive.

Non possiamo, così conchiudono, in base alle nostre esperienze, stabilire in senso assoluto il rapporto fra l'otite media purulenta e quella semplice; ma crediamo di poter conchiudere che la tubercolosi dell'O. M. e assai rara e che la carie tubercolare

sta a quella semplice nel rapporto del 10 0|0. A conferma di un tale fatto starebbero le ricerche eseguite da C i m a nell'Istituto Pediatrico di Napoli; che cioè la presenza nel pus dello *smegmabacillo*, il quale assume la colorazione come quello di Koch, può far classificare tra le otiti tubercolari molte che non lo sono. Col liquido decolorante di Honsell, molte volte egli ha potuto trarsi d' errore; epperò consiglia nelle ricerche questa decolorazione, allato a quella comune di Gabett.

A proposito delle produzioni polipoidi tubercolari della cassa, mi piace dirvi di una osservazione fatta quest'anno in una giovanetta di a. 14, che non presentava traccia di qualsiasi lesione tubercolare, e solo era portatrice di un tumore, pendente dal C. U. E. dell' O. D. Operata già una volta in paese, due anni or sono, la lesione si è riprodotta. Il pezzo asportato mi fu gentilmente favorito dal prof. Trifiletti, che l' ha rioperata. Il tumore era piriforme, rossiccio, a superficie alquanto ineguale, pendente all'esterno, impiantato per lungo peduncolo profondamente nel condotto U. (dopo asportato si vide che partiva dalla porzione superiore della cassa), mobile in tutti i sensi, indolente, di consistenza duro-elastica. Mancanza di secrezione purulenta nel vero senso della parola. Diagnosi: probabile fibroma. Orbene, al microscopio si è rinvenuto l' aspetto di un tumore tubercolare, per la disposizione degli accumuli embrionarii e per la presenza delle cellule giganti nell'interno dei lumi glandolari. Ve ne mostro i preparati ed i disegni. (V. *Archivio di Otologia*, Vol. X. fasc. II).

La tubercolosi del labirinto è spesso il seguito d' una tubercolosi della cassa. Vi si riscontra il b. di Koch. Le parti molli possono essere completamente distrutte; tutta la rocca compresa da carie, e tutto questo processo, eminentemente distruttivo farsi silenziosamente. Per il resto le lesioni anatomiche di queste parti sono perfettamente simili a quelle prodotte da croniche infezioni, ed è per guadagnar tempo e per essere notissime, ch'io ho fatto a meno di esporle qui, come pure ho fatto per il timpano.

Vie di diffusione della tubercolosi nelle diverse parti dell'orecchio.—Per l'O. E., raramente l'infezione è primaria; più spesso è consecutiva a quella della faccia, del naso o delle labbra. Per l'O. M. l'otite tubercolare senza altri sintomi è stata osservata; ma pure può essere consecutiva a tub. del C. U. o della tromba. Per l'O. I., ora dicemmo che è, in generale, sempre secondaria.

***

Non tutte però le modalità notate nelle formazioni tubercolari sono da bacillo di Koch. Le lesioni vasali, che di più portano ad una endoarterite obliterante, e quindi ad un arresto di irrorazione sanguigna delle neoformazioni, ci spiegano le vaste necrosi; come le grosse ulcerazioni, più che al b. di Koch debbono ritenersi dovute all'associazione microbica dei cocchi piogeni, i quali si trovano ordinariamente sulla cute e mucose affette da tubercolosi. Quantunque, come è noto, non sempre riesca rinvenire nei tagli dei tessuti lesi i bacilli; anzi, molte volte a tal uopo necessitino centinaia di sezioni al microtomo ed in serie, pure la inoculazione di animali con tessuti tubercolari, non è rara riesca positiva. Eccovi, ad esempio, una cavia in cui, per saccoccia inguinale, io introdussi del tessuto tubercolare, asportato dalla laringe di un infermo.

Dopo circa un mese, cominciò a manifestarsi un ingorgo dei gangli inguinali; al primo, seguì l'ingorgo di un altro ganglio; e la lesione certamente avrebbe progredito; ma io desiderai sacrificar l'animale per mostrare il modo come succede la infezione sperimentale; la quale, come ogni infezione tubercolare, è dapprima affatto locale; poi, man mano, può venir offeso l'organismo intiero.

Ed ora che ho terminato il mio compito, non mi rimane, egregi Colleghi, che ringraziarvi della cortese benevolenza.

VARIA

XIII Congresso Internazionale di Medicina
Parigi, 2-9 Agosto 1900

Sezione di Laringologia e Rinologia (1).

3 Agosto, 1ª Seduta (antimeridiana).

Relazioni.

Diagnosi del cancro della laringe.

Prof. B. Fraenkel, di Berlino. — L'esame microscopico di particelle tolte dal tumore laringeo è di una importanza fondamentale per la diagnosi del cancro. Se il risultato dell'esame è negativo, non si possono trarre conclusioni certe. Dei preparati positivi, invece, ci menano ad un diagnostico esatto, e ci indicano la condotta da tenere. La difficoltà è che ordinariamente disponiamo di piccoli frammenti del tumore per l'esame microscopico. I pezzetti induriti s'includono in paraffina e si fanno dei tagli microscopici in serie, che si colorano o col metodo di van Gieson o col picrocarminio.

Per la diagnosi non basta trovare numerosi globi epidermici nei preparati, reperto assai sospetto del resto; bisogna invece rinvenire delle gittate epiteliali nei punti dove non dovrebbero esservi. Se trattasi di bottoni epitaliali dipendenti dalla compenetrazione dello strato superficiale, bisogna essere grandemente circospetti nelle conclusioni diagnostiche: numerosi processi patologici, fra i quali la sifilide, cagionano una ipergenesi epiteliale analoga.

La struttura irregolare dell'epitelio è il segno caratteristico per il cancro, in modo che noi, nei tagli, vediamo dei bottoni epiteliali atipici.

---

(1) Nel ringraziare chi ci ha gentilmente inviato l'occorrente materiale di questo *Congresso* per redigerne un *Resoconto*, siamo costretti a dichiarare che non essendo esso tutto ed egualmente ordinato per *sedute*, ci siamo serviti all'uopo del *Programma generale* dello stesso Congresso, per quanto, tuttavia, ci è stato possibile.

La Redazione

Prof. Moritz Schmidt, di Francoforte sul Meno. — I sintomi del cancro laringeo: gravezza, dolore, stenosi, ecc., non sono per loro stessi i più caratteristici, e si rinvengono in molte altre malattie della laringe.

Si può constatare, con lo specchio, che il cancro laringeo si origina in diverse parti della laringe.

Esso si distingue, nella grande maggioranza dei casi, dagli altri tumori di quest' organo, inquantochè conserva il carattere primordiale di tumore per quasi tutta la durata della malattia. Vi sono eccezioni a questa regola per i casi che nascono nella profondità dei tessuti, nella vicinanza del pericondrio. L' origine di questa forma di cancro laringeo è anche causa di predisposizione particolare alla pericondrite durante la sua evoluzione, di modo che l' aspetto del male è sovente mascherato da questo sintoma aggiunto.

Il cancro del ventricolo di Morgagni rassomiglia molto alla pericondrite interna della cartilagine tiroide.

In due casi il cancro si originava, o si estendeva più tardi, alla parte inferiore e posteriore della cartilagine cricoide, e non manifestava la sua presenza che per la paralisi del ricorrente; questa era bilaterale nel caso pubblicato da B. Fraenkel, mentre in un altro, osservato dall' A., si limitava al lato sinistro.

La diagnosi è talvolta assai difficile, anche per un medico provetto: può esservi confusione con la tubercolosi, la sifilide, il sarcoma, ecc. L'A ha già descritti due casi personali, in cui vi era confusione con la tubercolosi.

Poichè la diagnosi del cancro laringeo è alle volte incerta, specialmente per i medici che hanno ristretta esperienza, fa mestieri ricorrere agli altri mezzi che ci aiutino nel diagnostico, i quali sono: l' anamnesi, la ricerca delle traccie di malattie presenti o passate, la cura antisifilitica, ed infine l'escissione di un piccolo pezzo per l'esame microscopico.

Comunicazioni.

Prof. Navratil, di Budapest. — *Cura operativa dello scleroma delle vie respiratorie.*

Fatto conoscere in breve l' estensione geografica particolare dello scleroma, l' A. si occupa della quistione del trattamento. Egli ha avuto parecchi casi, dei quali fa conoscere 7.

Il primo caso, che data dal 1895, fu il primo oeservato in Ungheria ed in esso fu fatto il diagnostico preciso con l' aiuto dell'osservazione clinica e dell'esame istologico. L'A. ha provato tutte le medicazioni raccomandate: pennellazioni, iniezioni, cauterizzazioni e dilatazioni, ecc. Ma basandosi su queste esperienze e sulla rassomiglianza dello scleroma con i tumori maligni, è arrivato a convincersi che il solo trattamento efficace è l' asportazione completa.

Egli toglie tutti i tessuri malati, arrivando con tagli nelle parti sane. Quando è necessario, pratica anche delle operazioni plastiche. Per ristabilire l'impalcatura ossea del naso, si serve della lamina anteriore dell'osso frontale. Nello scleroma del laringe, previa tracheotomia inferiore, fa la laringofissione per togliere lo scleroma.

Nei casi in cui è costretto a togliere grandi parti della mucosa, per la sostituzione di quest'ultima, raccomanda la trapiantazione alla Thiersch, metodo da lui praticato con successo in molti casi di papilloma laringeo. Quando le glandole prossimiori sono prese dalla malattia — come Ròna e l'A. hanno osservato—bisogna anche toglierle. Con questo procedimento radicale egli ha avuto, in tutti i casi, eccellenti risultati: non ha visto recidive, malgrado che il caso più antico dati dal 1895.

Presenta al Congresso le fotografie degl'infermi, prima e dopo l'operazione.

2ª *Seduta* (*pomeridiana*).

R. Botey, di Barcellona.—*Patogenesi e cura della parestesia laringea.*

La sensazione di corpo estraneo o di ostacolo, di cui si lamentano gli infermi, risiede principalmente a livello dell' epiglottide e delle aritenoidi. L'anestesia locale con la cocaina *aumenta considerevolmente* questa parestesia faringo-laringea, il che costituisce un carattere patognomonico, secondo l'A.

Egli crede che la parestesia è una conseguenza dell' ipoestesia, e che questa diminuzione della sensibilità tattile della mucosa faringo-laringea ingenera, nel sistema nervoso centrale, speciali azioni inibitorie riflesse, che producono l'illusione d'uno ostacolo o di un corpo estraneo, che s'interpone al passaggio dell'aria e della saliva. Coesiste, spesso, la paresi dei muscoli tiro — ed ari epiglottici, perchè in questi casi l'epiglottide si mostra sempre dritta, appoggiata contro la base della lingua.

La colorazione di queste parti è normale od un pò più pallida dell'ordinario; ma se l'infermo prende una laringite od una tonsillite acuta, guarisce della parestesia.

L' A. cita 2 osservazioni, in base alle quali crede che nella parestesia laringea esiste un certo grado d' anemia locale, che trattiene il processo locale e che può migliorare o guarire con l' iperemia dei filetti nervosi della mucosa.

La terapia, perciò, è del tutto diversa da quella generalmente ammessa: invece dei bromuri, egli adopera i vaso-dilatatori ed i tonici; nonchè localmente pratica toccamenti irritanti con glicerina e timolo o leggieri sfioramenti dell'epiglottide e delle aritenoidi con la punta d'un galvano-cauterio. Quasi sempre il loro effetto è sicuro.

L. Vacher, d' Orléans. — *Cura della tubercolosi laringea con iniezioni intratracheali.*

Partendo dalla considerazione che una parte dei punti malati sfugge sempre al contatto dei medicamenti, l'A. è ricorso all'*etere* come veicolo: previa polverizzazione di cocaina, ha voluto saggiare dapprima i toccamenti intralaringei con etere iodoformizzato a saturazione, al quale ha incorporato guaiacolo, eucaliptolo, mentolo, ecc. In seguito ha usato queste sostanze, come iniezioni intratracheali, che sono generalmente ben tollerate. La formola che usa attualmente è: etere jodoformizzato a saturazione 100, guaiacolo 5, eucaliptolo 2, mentolo 1; ne inietta progressivamente fino a 2 centimetri cubici.

Il miglioramento è dovuto alla grande quantità di principii attivi portati dall'*etere* nella trachea ed in tutto l'albero respiratorio, favorevolmente modificati dal contatto diretto dei medicamenti; è su ciò che l'A. richiama l'attenzione.

M. Boulay, di Parigi, e J. Boulai, di Rennes. — *Restringimento laringeo curato con l'elettrolisi in un malato portatore di cannula tracheale fin da 16 anni. Ablazione della cannula.*

Uomo di 19 anni, tracheotomizzato a 3 di età anni per un'affezione avente i caratteri del crup prolungato, fin d'allora non gli si potè togliere la cannula.

L'A. ha trovato un restringimento glottico e sottoglottico, che lasciava uno stretto passaggio all'aria, e che nè i tentativi della dilatazione brusca, nè gli sforzi di quella lenta, nè le cauterizzazioni galvaniche, nè le prove d'escissione con pinze taglienti a stampo, avevano potuto modificare. Solamente delle sedute ripetute di elettrolisi intralaringea riuscirono a creare, dopo qualche mese, un passaggio abbastanza largo, finchè la cannula fu tolta senza incidenti e con beneficio dell'infermo.

L'elettrolisi sembra dunque all'A. un mezzo da aggiungersi agli altri metodi curativi di questi restringimenti, salvo a precisare ancora le indicazioni e controindicazioni del suo impiego.

Pieniaziek — *Osservazioni sul trattamento delle stenosi membranose della trachea.*

Le produzioni membranacee, che sono quì da studiare, occorrono nella trachea, il più di frequente nello scleroma, rarissimamente sono cagionate dalla sifilide, ovvero sono congenite. In questi casi si osserva una membrana che sporge a mò di diaframma, il quale occlude il lume della trachea, e soltanto nel centro lascia libera una piccola apertura per la respirazione. In tutti i casi, dall'A. osservati, quest'apertura era divisa in due metà da un cordone a forma di ponte.

Nei casi di questa specie, anche quando la stenosi risiede nella porzione superiore della trachea, l'A. nel praticare la tracheotomia non suole mai pervenire al di sotto della stenosi, avendo constatato che la stenosi al disotto della

cannula tracheale d'ordinario può essere eliminata più rapidamente e facilmente di quella al disopra della cannula.

Quindi, egli esegue la tracheotomia al di sotto della tiroide. Collocato poi l'infermo in modo che il suo capo venga a stare inclinato verso il margine della tavola, ispeziona (servendosi del suo imbuto tracheale) il punto ristretto, e con una curetta oblunga lacera, sotto controllo della vista, la membrana otturante. Indi, introduce il suo imbuto tracheale per dilatare il restringimento. Ciò fatto, allontana l'imbuto, introduce la cannula (per lo più è quella elastica che egli suole adoperare), e la lascia in sito per tre giorni. In caso di bisogno, se la cannula venisse ostruita da uno zaffo di muco, la sostituisce con un un'altra.

Dopo tre giorni, non si scorge più alcuna traccia della stenosi.

Escat, di Tolosa. — *Manovre esterne applicabili alle intubazioni difficili*.

Due false vie d'introduzione possono avverarsi nel corso dell' intubazione nei bambini:

1°) L'impegno del tubo nello spazio inter-crico-tirojdeo; qui, l' asse del tubo fa con l' asse del condotto laringo-tracheale un angolo aperto indietro.

2°) L'impegno del tubo in uno dei ventricoli laringei, risultante dalla deviazione dal piano sagittale sia del tubo, sia dello stesso condotto laringo-tracheale.

Per combattere queste due false strade l' A. è ricorso, in più casi, ad alcune manovre esterne sulle regione cervicale, con lo scopo di modificare la posizione del laringe e di ricondurre l' asse deviato del condotto laringo-tracheale sul prolungamento dell'asse del tubo.

1ª *Manovra*. L' estremo inferiore del tubo, essendo bene impegnato nel vestibolo laringeo e non potendo andare più lontano malgrado tutti i cangiamenti di direzione impressi all'*introduttore*, la mano sinistra abbandona il suo ufficio di conduttore faringeo: il pollice, applicato sopra lo spazio intercrico-tiroideo, immediatamente al di sopra del tubercolo cricoideo, esercita allora una pressione leggera, mentre che la mano destra abbassa fortemente il manico dell' introduttore.

Lo scopo di questa manovra e la sua indicazione s'intendono facilmente.

2ª *Manovra*. Se la manovra precedente non è riuscita, l' A. ricorre alla seguente.

Il tubo trovandosi sempre impegnato nel vestibolo laringeo, e l' introduttore ben mantenuto nel piano sagittale dalla mano destra, la mano sinistra prende il laringe fra pollice ed indice, e gl' imprime dei movimenti di lateralità, che hanno per iscopo di modificare l' orientazione dell' asse laringo-tracheale e di mettere quest' asse sul prolungamento di quello del tubo.

S'intende che questa manovra serve per le false strade ventricolari.

Su 4 casi d'intubazione difficile, la 1ª manovra gli è riuscita 1 volta; la 2ª, dopo l'insuccesso della 1ª, 2 volte. In un 4º caso nessuna delle due manovre gli è riuscita. Però dichiara che la sua esperienza non è estesa; nè è da meravigliarsene, pensando alla rarità delle intubazioni veramente difficili.

4 Agosto, 3ª Seduta (antimeridiana).

Relazioni.

Patogenesi e cura dell'etmoidite suppurata.

Prof. Hajek, di Vienna.—Col nome di etmoidite purulenta s' indicano le malattie della mucosa e quelle dell'impalcatura ossea dell' osso etmoide, che si accompagnano a scolo purulento, facendo salvo le affezioni tubercolari, sifilitiche e traumatiche, come pure i processi dovuti ai neoplasmi maligni.

Nelle malattie della mucosa, o meglio del rivestimento muco-periosteo, sono da studiarsi :

1. *Le forme intense dell' infiammazione catarrale*, nel qual caso ora soltanto la superficie nasale libera è affetta, ora anche sono impegnati gli orifici e le cellule del labirinto (empiema): quest' ultima forma ha una tendenza alla cronicità.

2. *Lo forme croniche dell' infiammazione catarrale:* tumefazione ipertrofica del rivestimento muco-periosteo all' esterno ed all' interno delle cellule o simultaneamente; formazione di polipi sulla parete nasale dell' etmoide (mixomatosi-extra ed intra-cellulare di Bosworth).

3. *Le forme inveterate dell'infiammazione cronica:* produzione considerevole di polipi sulla parete nasale del rivestimento dell' etmoide; formazione di erosioni sulla mucosa delle cellule, ed egualmente negli stessi punti si producono ispessimenti in forma di cuscinetti od anche masse di granulazioni.

Nelle malattie dello scheletro osseo vanno comprese :

1. *Le alterazioni leggere:* irritazioni del periostio, più tardi osteite condensante o rarefaciente (Hajek, Zuckerkandl).

2. *Le alterazioni profonde:* necrosi ossee negli empiemi acuti e cronici per pressione o per tromboflebite e periostite del lato opposto, analogamente a quanto avviene per il seno frontale; poscia necrosi dell'etmoide per l'estendersi una di osteite o periostite vicina, provveniente dal mascellare o dall'orbita.

In fine, l' A. fa la dimostrazione delle alterazioni microscopiche.

Prof. F. H. Bosworth, di New-York.— Nell' etmoidite purulenta, la condizione principale è la ritenzione del pus: ciascuna cellula interessata

costituisce un piccolo ascesso. Vi ha poca tendenza alla guarigione spontanea. L'indicazione pratica capitale è d'aprire ciascuna cellula e di sopprimere l'accumulo del pus.

Da questo punto di vista, ciò che più importa è di scegliere il migliore metodo per arrivare allo scopo. Noi possiamo servirci della sgorbia, della pinza tagliente, del serra-nodi, del raschiatoio, del bisturi, del trapano, ecc. Secondo l'esperienza dell'A., il miglior mezzo per raggiungere lo scopo è di attaccare dapprima le cellule col serra-nodi, e poi di rompere i tramezzi intercellulari con la punta del trapano.

Comunicazioni.

H. Luc, di Parigi. — *Del catarro doloroso a ripetizione del seno frontale, consecutivo alla stenosi del canale fronto-nasale.*

Nei due malati, che formano la base di questo lavoro, l'A. ha notato l'insieme dei seguenti sintomi: all'occasione di una corizza *a frigore*, sopravvenivano in una metà della fronte, e sempre dal medesimo lato, dei dolori accompagnati da sensibilità alla pressione, e spesso da gonfiore: i dolori erano accessionali per più giorni di seguito e cessavano dopo l'espulsione di una quantità variabile di muco-pus.

Nel primo caso, la strettezza del canale fronto-nasale, punto di partenza degli accidenti, sembrava *congenita*; l'affezione dapprima catarrale, a giudicare dal carattere della secrezione nasale nel momento delle crisi, terminava con la formazione di un empiema cronico.

Nel secondo caso, al contrario, la stenosi fronto-nasale sembrava esser derivata dall'apertura chirurgica del seno affetto da empiema, operazione che non era stata accompagnata dall'allargamento sistematico di detto canale.

Nei due casi s'ebbe definitivo allontanamento dei sintomi, dapprima con l'apertura e nettezza del seno, poi con lo slargamento del canale fronto nasale, distrugendo la porzione nasale del pavimento del seno e le cellule etmoidali più anteriori.

Taptas, di Costantinopoli. — *Contributo all'operazione radicale delle sinusiti complicate croniche.*

Nei casi di sinusite frontale cronica, complicata a suppurazione delle cellule etmoidali e da sinusite sfenoidale, si può aprire e nettare tutto il sistema fronto-cellulare e fronto etmo-sfenoidale in una sola seduta, sotto il cloroformio.

A questo scopo si deve pralungare l'incisione del sopracciglio, secondo il processo di Luc, fino al terzo inferiore delle ossa proprie del naso sulla linea mediana del naso; indi, dopo aver aperto il seno frontale per la sua faccia anteriore, prolungare la breccia ossea in basso, togliendo il

bordo inferiore di questa breccia con una pinza tagliente fina, in maniera da togliere, nello stesso tempo del margine frontale, una parte dell'apofisi montante del mascellare superiore.

Si forma così una fenditura perpendicolare di un centimetro di larghezza, estesa molto in alto, in modo da permettere il raschiamento accurato del seno frontale verso questo lato, e discendente in basso fino a mezzo dell'osso nasale. La parte inferiore di questa fessura si trova allora allo stesso livello della massa etmoidale e del seno sfenoidale. Penetrando, quindi, con un raschiatojo o con un fino concotomo, si asporta tutto il corpo etmoidale, e si apre quello sfenoidale ad una profondità di 5-6 cent. dalla ferita esterna.

Si termina l'operazione come nel processo di Luc.

Nei casi di seni frontali assai larghi, il cui raschiamento esige la resezione di una gran parte della faccia anteriore, si può, per evitare l'affondamento post-operatorio, fare un secondo orificio per il raschiamento della parte esterna del seno, lasciando così fra i due orificî un ponte osseo destinato a sostenere la pelle.

4ª *Seduta* (*pomeridiana*).

Comunicazioni.

Kaspariantz, di Mosca. — *Palpazione del seno mascellare ed operazione endonasale dell'empiema del seno mascellare.*

Il metodo di diagnosi con la palpazione consiste nell'appoggiare una sonda, piegata ad angolo retto, in avanti del processo uncinato o in dietro di quest'ultimo, per facilitare l'uscita del pus a gocce od anche a getto dall'orificio del seno mascellare.

L'operazione endonasale per l'empiema del seno mascellare è la seguente: si seziona con un coltello speciale la parete del seno mascellare in avanti e in dietro del processo uncinato, si asporta il processo uncinato con un concotomo, dopo di che si procede alla resezione della parte inferiore della parete interna ossea del seno, come pure della parte media del cornetto inferiore con una pinza tagliente speciale. 34 casi di operazione, di cui 31 guarigioni complete.

Goris, di Bruxelles. — *Sopra 8 casi di «decorticazione della faccia» per affezioni del seno. Indicazioni. Risultati.*

La decorticazione della faccia, praticata per la prima volta dal Prof. Bardenheuer di Colonia nel 1898, ha per iscopo di creare al chirurgo una via larga verso le parti profonde del naso, senza fare alcuna incisione sulla faccia. Questa operazione consiste, in fondo, nel mobilizzare tutta la maschera facciale con una incisione della mucosa della bocca da un'apofisi zigomatica all'altra. Il chirurgo introduce le dita nelle labbra del-

l' incisione e rileva fin sulla fronte la maschera mobilizzata, avendo cura di incidere la mucosa nasale a livello dell' escavazione nasale.

Questa operazione l'A. ha praticata 8 volte, in generale per empiemi etmoido-mascellari, apportando tuttavia qualche modificazione al metodo di Bardenheuer.

L'operazione conviene soprattutto per quegl'individui affetti da pan-sinusite o da sinusite etmoido-mascellare, i quali non vogliono scosse, nè incisioni sulla faccia: se, ciò nondimeno, gli altri processi sono meno sanguinanti e convengono meglio, la decorticazione non lascia alcuna traccia.

Questa conviene ancora nei casi di sinusite mascellare ostinatamente recidivante, per rintracciare i tragitti fistolosi che sono sovente la causa della recidiva.

G. Laurens, di Parigi. — *La chirurgia dei seni della faccia nei suoi rapporti con la chirurgia dell'orbita.*

L' A. studia le relazioni *anatomiche*, *cliniche* ed *operatorie* fra i seni della faccia e le cavità orbitarie. Egli ha operato 5 infermi di sinusite fronto-etmoidale, o di etmoidite isolata, con fistole orbitarie, flemmone consecutivo, e che avevano già subìti precedentemente molteplici interventi. Ha sempre ottenuto, in questi casi, una vera cura radicale, in grazia della seguente tecnica chirurgica ch' egli impiega:

Lunga incisione curvilinea che parte dalla coda del sopraciglio, contorna la radice del naso e termina un po' in dentro della commissura interna. Sezione fino all' osso di tutte le parti molli. Poi, emostasi attenta del cerchio artero-venoso periorbitario con resezione del nervo sopraorbitario. Tutti gli organi (muscoli, tessuti ligamentosi, carrucola del grande obliquo), che s' inseriscono alla parete interna, sono distaccati; il globo oculare è reclinato in fuori con un elevatore smusso. Bisogna evitare di sezionare col raschiatoio le arterie etmoidali anteriori, che limitano superiormente anche il campo d'azione della sgorbia, ed in fatti spingendosi più in sopra, si rischia di penetrare nella scatola cranica. — Si ha allora sotto gli occhi la lamina papiracea dell'etmoide, che è spesso cariata. La si sfonda con la *curette*, e così si svuota tutto l' etmoide anteriormente. Questa via permette l'accesso nel canale naso-frontale, e per esso nel seno frontale.

Allorchè quest' ultimo è infettato ed ha subìto varie trapanazioni, il miglior processo per ottenere la cura radicale è di asportare tutta la sua parete anteriore. In tre casi l'A. ha dovuto resecare l'arcata ciliare ed una gran parte della vôlta dell' orbita per raggiungere i diverticoli profondi.

L' A. usa sempre il drenaggio per la via orbitaria, quando non vi ha pus nel naso. Il risultato estetico è perfetto nei casi di fistola etmoidale, la cicatrice è appena apparente e si confonde con le ciglia. Nella resezione della vôlta dell' orbita, persiste un infossamento più o meno visibile.

Giammai l' A. ha osservato disturbi di motibilità oculare, nè strabismo dopo l' operazione.

Suarez de Mendoza, di Parigi. — *Impiego metodico delle punte di trapano, seghe, punteruoli, pennelli* (in uso nella chirurgia dentaria), *mossi dal tornio di White o dal motore elettrico, nella chirurgia delle fosse nasali e dei seni della faccia.*

L' *A.* presenta una piccola canna, che montata sul braccio flessibile di White, si adatta a tutto l'arsenale di trapani, punte, burini, ecc., di cui si servono i dentisti.

Egli ravvicina le malattie della mastoide, dei seni frontale e mascellare, della parete ossea delle fosse nasali ecc. a quelle dei denti, e perciò crede che quando si tratta di tagliare, resecare, segare, limare, spazzolare ecc., l' istrumento di White, mosso oppur no dall'elettricità, rende enormi servigi.

L'A. presenta gl' istrumenti da lui inventati per praticare la cura radicale e rapida dell'ostruzione nasale, cioè, oltre alla sorgente elettrica ed al motore elettrico: 1° un braccio flessibile di White munito d' un corsoio; 2° uno stiletto misuratore; 3° delle seghe tubulari; 4° delle guide scanalate protettrici; 5° dei tubi tamponi; 6° degli speculi di Palmer modificati.

Ha così operato 125 malati ed è rimasto contento del suo processo.

L. Vacher, d' Orleans. — *Contribuzione alla cura delle sinusiti mascellare ed etmoidale.*

L'empiema delle cellule etmoidali è raramente isolato, ma quasi sempre ligato a sinusite frontale o mascellare, e più di rado a sinusite sfenoidale.

L'A. si limita a parlare del trattamento dell' empiema etmoido-fronto-mascellare per via endonasale, il quale è tanto più difficile, per quanto il naso è più stretto. Lo scopo precipuo è di farsi un libero accesso; perciò bisogna, oltre ad un'ottima illuminazione frontale diretta, far saltare il cornetto inferiore, asportare la parte anteriore del cornetto medio sia con l'ansa fredda sia con l' ansa calda, sia con la pinza di Grünwald; tagliare senza torsione, senza strappamento, senza produrre disordini lontani e complicazioni verso la base del cranio: cioè prudenza e lentezza son necessarie; e delle sedute ad intervalli, in modo da permettere all'operato di rimettersi dalla scossa, dal dolore, dalla perdita di sangue. Bisogna praticare il raschiamento del meato medio, e di più, di ciascuna cellula rompere con la pinza i tramezzi.

Lo scopo è di trasformare tutto in una sola cavità, facilmente accessibile ai toccamenti ed alle irrigazioni bi-quotidiane. Se vi ha complicanza di sinusite frontale, bisogna sondare, irrigare questo seno, slargare la sua apertura per quanto è possibile, a fine di modificarne la superficie con instillazioni

caustiche. Se è il seno mascellare quello preso, e l'infermo si rifiuta al raschiamento per la fossa canina, bisogna anche trasformare questo seno in una cavità accessoria del naso, facendo saltare la sua parete interna. L'A. ha fatto costruire uno scalpello a rampone, che facilita quest' operazione. Egli pratica dapprima il tamponamento posteriore della fossa nasale corrispondente, mantenendo il tampone in sito con un filo metallico, che gl' istrumenti non possono tagliare durante l' operazione. A questo modo non cola sangue nel cavo. La breccia nella parete nasale dev'essere così estesa, da permettere il raschiamento, i toccamenti con cloruro di zinco ed i lavacri bi-quotidiani.

Questo metodo permette di far migliorare grandemente, se non di guarire della loro poli-sinusite quei malati, che rifiutano la cura radicale per la via esterna.

T. Cousteau, di Parigi. — *Enfisema pulmonale per insufficienza nasale sperimentale.*

L' A. si è proposto di ricercare sperimentalmente fin quanto l' insufficienza nasale produca enfisema pulmonare.

Dopo avere obliterato una narice a giovani conigli, li ha sacrificati 7 mesi dopo. All'autopsia ha trovato nei pulmoni lesioni assai nette d'enfisema pulmonare. L'esame istologico è stato anche più concludente.

Un risultato analogo ha ottenuto in un coniglio dopo 12 giorni che gli aveva chiuse le due narici.

Crede perciò attirare l' attenzione dei medici sull' importanza della permeabilità delle fosse nasali, stante la rapidità con cui si produce l' enfisema pulmonare nei casi di stenosi nasale anche incompleta, ma durevole.

6 Agosto, 5ª Seduta (antimeridiana).

Relazioni.

Sir F. Semon, di Londra. — *Le indicazioni della tirotomia.*

Prescindendo che nel detto intervento sono quasi sempre compresi dei metodi suppletivi (operazioni endolaringee, dilatazione, intubazione, ecc.), le *indicazioni* della tirotomia si trovano particolarmente stabilite: 1) nei *corpi estranei nel laringe*, specie quando essi tendono a soggiornarvi a lungo essendo rimasti incuneati; 2) nelle *ferite del laringe*, come fratture, ferite per armi da fuoco o per suicidio; 3) nel *laringocele*, per quanto l'indicazione sia rara; 4) nelle *stenosi laringee*, per es. in quelle dovute ad ispessimento fibroide sifilitico della mucosa, la tirotomia, seguita da escissioni delle parti tumefatte, rende eccellenti risultati, per quanto non garentisca il detto risultato, nè il possibile ritorno della stenosi; 5) nella *pericondrite acuta delle cartilagini laringee*: quì la indicazione è rara, ma offre

talvolta eccellente risultato; 6) nella *tubercolosi* e nel *lupus della laringe*: solo qualche volta; qui, i risultati sono soddisfacenti, perchè sempre è da temere l' infezione tubercolare della ferita chirurgica; 7) nello *scleroma laringeo*: la tirotomia si mostra il miglior metodo, ma non garentisce dalle recidive; 8) nei *neoplasmi benigni della laringe*: lo stesso metodo trova qualche volta la sua indicazione, ma non garentisce contro le recidive dei papillomi multipli; 9) nei *neoplasmi maligni del laringe*: è qui che si racchiude la indicazione più importante della tirotomia, a patto che sia fatta a principio e quando il tumore è strettamente circoscritto all'interno della laringe (cancro o sarcoma intrinseco).

E. Schmiegelow, di Copenaghen. — *Tecnica della tirotomia.*

L'operazione dev' essere preceduta dalla tracheotomia ed eseguita nella narcosi profonda. La cannula tracheale dev'essere fatta in modo da impedire l'aspirazione del sangue durante l'operazione: la cannula a tampone di Hahn è la migliore.

Dopo aver aperto il laringe con una incisione della cartilagine tiroide, bisogna zaffare la porzione inferiore della laringe per impedire che la saliva scenda nel laringe.

Per diminuire la sensibilità della mucosa laringea si deve applicare una soluzione di cocaina.

Fatta l'operazione, ed arrestata l'emorragia, si toglie la cannula-tampone, poi si spolvera l' interno del laringe con jodoformio. La ferita rimane semplicemente coverta con ovatta e garza al jodoformio, che si cambierà più volte nei primi giorni. L' infermo deve restare coricato con la testa per quanto è possibile orizzontale, e, dopo 5 o 6 giorni, chiusa la ferita, gli si permetterà di levarsi.

Goris, di Brusselle. — *Risultati immediati e lontani della tirotomia.*

Per mezzo di una inchiesta fatta presso i vari operatori, l'A. ha potuto riunire le seguenti notizie sopra 105 tirotomie, di cui 62 eseguite per tumori maligni del laringe, 14 per tubercolosi, 25 per tumori benigni, 2 per stenosi, 1 per corpo estraneo, 1 per rinoscleroma.

Di questi 105 operati, soli 4 soccombettero per pneumonite negli 8 giorni successivi all' operazione, per cui la tirotomia rientra nella categoria delle operazioni benigne, avendo dato il 4 per 100 di decessi.

Inoltre l'A. riconferma i dati conosciuti circa al *sesso*, all'*età* ed alla *voce* degl' infermi operati di tumori maligni.

In riguardo ai *risultati lontani* degli operati di sarcoma e di carcinoma, sopra 49 casi ha avuto:

Sopravvivenza di più di 10 anni. . . . 1 (BOECKEL)
» » » 5 a 8 » . . . 8
» » » 2 a 5 » . . . 14

Totale n.° 23, ossia una proporzione di 48,9 di guarigioni, senza contare che in 7 casi l'assenza della recidiva è stata tenuta d'occhio per più di un anno.

In fine rileva i risultati meno brillanti della tirotomia nella *tubercolosi*, e quelli più fortunati nelle *stenosi* e nei *tumori benigni del laringe.*

Comunicazioni.

Gouguenheim e Lombard, di Parigi. — *Indicazioni operatorie nel cancro della laringe.*

Bisogna in ciascun caso non solo guardare la natura, l'estensione e la sede del tumore, ma ancora l'età e la resistenza degl'infermi. Questi si dividono in 3 grandi gruppi: gl'inoperabili, gli operabili, ed in fine la categoria di quelli, nei quali o una lesione invadente ed a rapido decorso rende particolarmente difficile l'intervento, o vi si trova una tara organica grave insieme a lesioni accessibili ed operabili. Converrebbe fare entrare molti di questi infermi nella classe degl'inoperabili.

Specialmente contro i cancri operabili sono vantati *4 metodi terapeutici differenti:*

1° *Le operazioni endolaringee.* A parte i pochi benefizi che se ne possono attendere, bisogna guardarsi dal farne un metodo: esse non possono costituire, in realtà, che delle operazioni a scopo diagnostico; intendendole diversamente si fa perdere all'infermo un tempo prezioso.

2.° *Tracheotomia.* Questa, in vero, è l'ultima risorsa dei cancerosi inoperabili; l'esperienza ha dimostrato che essa apporta una calma, un rallentamento nell'evoluzione del tumore. Ma se il cancro è operabile, bisogna affrettarsi a ricorrere ad una delle due operazioni che costituiscono *presentemente* tutta la terapia del cancro: la *tirotomia* e la *laringectomia.* Malauguratamente, le indicazioni d'applicare utilmente questi due processi operatori sono ancora ben ristrette. Inoltre bisogna separare queste due operazioni, perchè esse hanno un valore affatto differente.

3° *Tirotomia.* Come operazione curativa, la laringofissura non può applicarsi che ai tumori assai circoscritti delle parti molli; bisogna che essi non abbiano guadagnata la regione aritenoidea, nè la commissura anteriore, nè la regione sottoglottica o la trachea. Poichè il laringoscopio alle volte dà informazioni incomplete sull'estensione delle lesioni sottoglottiche, così in questi casi spesso la laringofissura non ha altro valore che quello di una operazione esplorativa, ovvero forma il primo tempo d'un intervento più esteso.

4° *Laringectomia.* E' precetto di operare il più largamente possibile, e se le statistiche della laringectomia totale non offrissero una mortalità considerevole, l' A. considererebbe questo intervento come l'operazione di regola. Egli dà la preferenza alla laringectomia parziale, diffusamente praticata. Si dovrà, tuttte le volte ch'è possibile, rispettare una porzione dello scheletro laringeo. Le migliori condizioni si hanno quando la regione posteriore e l'epiglottide sono intatte, e quando si può conservare gran parte della cricoide.

Insomma, abbisogna un diagnostico precoce, clinico ed istologico, e non attendere l' apparizione dei caratteri classici del neoplasma per decidersi all'intervento chirurgico; è così che la mortalità diminuirà, riducendo al minimo l' estensione dei larghi e pericolosi interventi.

Prof. Gluck, di Berlino. — *La chirurgia moderna della laringe.*

G. descrive i metodi personali per le grandi operazioni sul laringe, cioè:

1°) L'operazione per le stenosi e restringimenti cicatriziali gravi, la quale consiste nella resezione trasversale ed estirpazione di tutte le parti patologiche, fino al punto che la faccia anteriore dell' esofago sia liberata. Poi, fa la sutura esatta delle due aperture beanti della trachea e del laringe. I risultati ottenuti sono eccellenti.

2°) La tecnica per la tirotomia e la laringotomia totale.

3°) Le operazioni per le perdite di sostanza, prodotte da necrosi esfoliativa delle cartilagini della trachea, a mezzo di operazioni plastiche con lembi peduncolati o con veri trapianti.

4°) In quanto alle operazioni dei tumori maligni diffusi del laringe e dei suoi annessi, l'A. dice che il pronostico è stato dubbio fino ad oggi. In fatti la maggior parte dei malati soccombevano alla bronco-pneumonite tipica per corpi estranei.

Per evitare questa complicanza, G. ha sostenuto fin dal 1880 la tesi seguente, accettata oggi da tutti i chirurgi: « Nell' estirpazione del laringe, e in una maniera più generale in tutte le operazioni che cagionano spesso la morte in seguito a pneumonite per aspirazione, la resezione *profilattica* della trachea impedisce in modo sicuro lo sviluppo dei focolai bronco-pneumonici ». L' idea elementare od originale di tutti i metodi preventivi moderni è d' intercalare fra la cavità della ferita e le vie aeree, mediante una operazione plastica (sia con una resezione della trachea, sia con lembi cutanei peduncolati) una barriera organica vivente, che renda impossibile qualunque aspirazione di corpi estranei nelle vie aeree.

Secondo la grandezza dei pezzi tolti dal laringe, vi sono dei *tipi fonetici* differenti. La loro descrizione dettagliata è descritta nell'originale. Tuttavia l'A. dà una idea dell'apparecchio fonetico nei casi in cui non esiste più comunicazione fra la trachea ed il naso-faringe. Questo apparecchio, costruito dopo lunghe prove, è molto semplice. Il suono dell' apparecchio, che è

prodotto dalla corrente d'aria espirata, vien messo in rapporto cogli organi dell' articolazione a mezzo di un tubo conduttore di gomma; allora, invece di un bisbiglio indistinto, la voce è alta e chiara.

Malgrado tutti gli sforzi tentati, non s' era potuto fin' oggi allontanare la mortalità che cagionava la bronco-pneumonite. Ora, in grazia del metodo dell' A., tutti quelli che sono così trattati, si comportano mirabilmente e e sono in piena attività.

In ultimo l'A. insiste su di un dato statistico: nel 1881 la mortalità risultante da queste operazioni era del 52 °|₀, fino al 1891 del 46 °|₀, ed ora la statistica personale è migliorata al punto, che nell' ultima serie di 35 casi non ha avuto che 3 morti, cioè meno dell' 8 °|₀, e sopra 11 emilaringectomie non ha avuto alcun morto. Due degl' individui, morti fra la serie degli operati di laringectomia totale, avevano l'età di 70 e 71 anni. E' dunque questa, dice l'A., la migliore statistica che esiste.

A. Courtade. — *Cura palliativa del cancro della trachea e della laringe; uso della sonda di gomma come cannula tracheale.*

In un infermo di cancro della trachea esteso alla laringe, la ope azione della tracheotomia fatta d' urgenza non riuscì che imperfettamente a far migliorare la respirazione, giacchè tutti i tentativi per trovare una cannula conveniente riuscirono vani. Secondo l' esame praticato dall'A., la presenza di granulazioni epiteliomatose nella trachea spiegava l'insufficienza di tutte le cannule tentate, comprese quelle lunghe flessibili. L'A. allora pensò di passare nella cannula metallica una sonda di gomma, in grazia alla quale l' infermo non ebbe più accessi di dispnea. Col progredire del neoplasma, la cannula metallica fu definitivamente cambiata per la sonda di gomma N.° 30, previamente tenuta nell'olio di vasellina. L'infermo se ne servì per i 6 mesi che ancora visse.

L'A. come completamento della cura palliativa del cancro laringo-tracheale, consiglia: 1° di facilitare la respirazione con l'impiego di una cannula appropriata; 2° di combattere l'emorragia con l'uso del percloruro di ferro e dell' acqua ossigenata; 3° di diminuire l'abbondanza ed il fetore delle secrezioni con le instillazioni di olio mentolato, con i preparati di eucaliptolo, e con le polverizzazioni tracheali con soluzioni di cloruro di zinco; 4° infine, di distruggere la granulazione esterna mediante toccamenti con una soluzione di piotanina.

E. Urunuela, di Madrid. *Indicazioni e tecnica della tirotomia.*

La tirotomia o laringofissura, ha un grande valore:

1° per l' estrazione dei corpi estranei nel laringe, che non hanno potuto essere tolti per le vie naturali;

2° per l' estirpazione radicale dei grandi tumori laringei benigni, pei quali l' intervento intra-laringeo è fallito;

3° per evitare le conseguenze nefaste dei grandi traumatismi laringei;

4° infine, come applicazione più importante di questa operazione, per la cura di certi tumori laringei maligni e per la resezione del laringe; nei quali casi, però, l' A. considera la tirotomia come una operazione esplorativa, ed alle volte necessaria per risolvere certi problemi della chirurgia intralaringea.

Tecnica. — Incisione sulla linea mediana dall' osso joide alla fossetta soprasternale; anestesia di questa incisione col fenolo-cocaina; indi, dissezione con tagli successivi di tutta la regione laringo-tracheale; allora il paziente si riposa finchè si riordina la respirazione e la circolazione; indi cloroformizzazione attraverso la cannula; sezione trasversale della membrana crico-tiroidea e sezione con robuste forbici ricurve, introdotte dal basso in alto e indietro della linea mediana, della tiroide in uno o due colpi, comprendendo la mucosa laringea; emostasia della piccola emorragia prodotta da questa apertura, cocainizzazione dell' interno del laringe; dopo di che si apre progressivamente tutto il laringe allontanando le due lamine della cartilagine tiroide; tampone di garza antisettica nell' apertura superiore della trachea per maggiore sicurezza dell'emostasia; e, nel faringe, tampone di spugna per impedire che la saliva cada nel campo operatorio; riunione dei tessuti a mezzo di sutura metallica o con crini di Firenze, per mantenere ferma l' unione della tiroide, e, nelle parti molli, sutura con la seta o col catgut; infine bendaggio, oltre all'alimentazione lattea con la sonda.

7 *Agosto*, 6ª *Seduta* (*antimeridiana*).

Relazioni.

A. Jacobson, di Pietroburgo. — ***Riniti spasmodiche.***

L' A. conchiude formulando le seguenti proposizioni:

a) Le riniti spasmodiche, comechè hanno una etiologia ed un decorso differenti, sono di più specie o forme.

Queste forme non sono ancora sufficientemente studiate, nè differenziate, ciò che le fa confondere spesso fra loro.

b) Fa mestieri limitare con precisione la *febbre da fieno*, visto che questa forma è la più studiata, ha un decorso periodico del tutto caratteristico ed una etiologia stabilita da ricerche sperimentali (Blackley). Secondo l' esatta definizione data da M. Mackenzie, la *febbre da fieno* dev' essere considerata come una forma di rinite spasmodica, da non confondersi con quelle prodotte da altre cause.

c) Bisogna ammettere che molti casi di riniti spasmodiche trovano la loro spiegazione nella paralisi vaso-motrice, donde la corizza vasomotoria (Moritz Schmidt).

d) D' altra parte esistono forme di *riniti spasmodiche*, che meriterebbero il nome di *tossi-riniti* (Jacobson), come è il caso per le *tossidermite*. Queste *tossi-riniti* sono prodotte da intossicazioni ed auto-intossicazioni, hanno decorso acuto, sono complicate da disturbi gastro-intestistinali e da manifestazioni cutanee (orticaria ecc.); si mostrano sopra individui perfettamente sani senza alcuna predisposizione generale; come tutte le intossicazioni, esse sono fortuite e non hanno tendenza a recidivare.

e) Solo considerando le riniti spasmodiche come processi di origine vasomotrice, è possibile rapportarvi l'*idrorrea nasale*, la quale in fatti non è ligata ad alcun fenomeno di carattere spasmodico.

L'idrorrea nasale, quando è prodotta da cause interne, può non offrire alcun fenomeno locale, salvo la secrezione abbondante. In tal caso la mucosa non è per nulla tumefatta, nè iniettata.

Comunicazioni.

Lermoyez e Mahu, di Parigi.—*Nuovo metodo di cura delle affezioni nasali e naso-faringee con le applicazioni d'aria calda.*

Gli AA. si sono proposti d'applicare, su regioni circoscritte della mucosa nasale e naso-faringea, delle *correnti d'aria secca riscaldata* ad una temperatura di 80° a 100°.

La sorgente d' aria è fornita da tubi d' acciaio contenenti aria sotto pressione di 120 atmosfere; essa si riscalda in un serpentino metallico ed è condotta a destinazione da un tubo metallieo flessibile, foderato d'amianto. All' estremo di questo tubo si avvitano delle cannule, varie di grandezza e forma, secondo i punti d' applicazione. Alla base della cannula è adattato un regolatore della temperatura e della pressione.

Le applicazioni si fanno sotto il controllo della vista, con lo specchio frontale e lo speculo. Ogni seduta dura 2 minuti, ed è ripetuta 2-3 volte per settimana.

In generale sono necessarie da 8 a 12 sedute per ottenere un buon risultato. Tale cura è del tutto indolente. L'arrivo dell' aria calda provoca retrazione intensa della muscosa, seguìta presto da abbondante secrezione acquosa reattiva, che cessa dopo qualche istante. L'effetto utile, dapprima passeggiero, tende poi a divenire definitivo. Gli AA. hanno avuto a lodarsene nei casi di *corizza cronica congestiva* con ostruzione nasale intermittente, a patto che non vi sia già degenerazione angiomatosa della pituitaria; di più, nell'*idrorrea nasale*, nella quale le dette applicazioni fanno cessare lo scolo; nella *febbre da fieno*, in cui per lo meno alleviano le crisi; nei disturbi auricolari (sordità e rumori), ligati a catarri nasali e naso-faringei, nei quali fanno cessare l'*otalgia*.

Sono inutili nell'ozena, nei catarri purulenti, nel lupus, nelle riniti ipertrofiche e nelle altre affezioni di spettanza chirurgica.

M o u n i e r, di Parigi.—*Importanza dell'auto-intossicazione nella corizza periodica ed aperiodica. Deduzioni terapiche. 9 Osservazioni.*

Ha formato il movente di questo lavoro un caso di rino-bronchite spasmodica con parosismi durante il mese di Maggio, che l'A. ha potuto seguire per anni e guarire in qualche settimana con un regime appropriato.

Le altre 10 osservazioni, con guarigione completa o con notevole miglioramento, sono la conferma dell'importanza dell'auto-intossicazione (gastro-intestinale) nelle dette due forme di corizza spasmodica.

L'eliminazione di tossine per la pituitaria e per le glandole del sistema respiratorio, spiegano :

1°) le crisi nella corizza *aperiodica* ;

2°) la grande suscettibilità della mucosa nasale e bronchiale alle irritazioni esterne nella corizza *periodica.*

Il regime alimentare dev'essere la base della cura, con l'aiuto di alcuni medicamenti : stricnina e benzonaftolo.

Per altro, non devono trascurarsi gl' interventi chirurgici sui cornetti nelle deformazioni del setto e sui tessuti ipertrofici del naso-faringe, specialmente nella *febbre da fieno*

7 Agosto, 7ª Seduta (pomeridiana).

Comunicazioni.

M o u r e, di Bordeaux. — *Cura delle deviazioni del setto nasale con un nuovo proceeso.*

Il processo di A s c h è quello che fin'oggi ha dato i migliori risultati; tuttavia esso sembra all'A. non applicabile in tutti i casi, oltrechè è difficile alle volte di mantenere a posto il tubo di A s c h. Per la qual cosa l'A. impiega, da 2 anni, il seguente suo processo e con buoni risultati.

Allorchè esiste uno sperone od ispessimento della fibro-cartilagine sul punto deviato (fatto del resto assai frequente), egli incomincia dal sopprimere la spina cartilaginea e spianare quanto è possibile il setto , *in maniera da non lasciare sussistere che la deviazione.* Una volta guarito questo primo intervento e riformatasi bene la mucosa alla sua superficie, cioè dopo circa un mese, egli opera a questo modo: dopo aver cocainizzate le due faccie del setto, fa una incisione parallela al pavimento delle fosse nasali, seguendo la inserzione del setto. Questa incisione ha circa due centimetri di lunghezza, incomincia dietro il sotto-setto, ed estendesi all' indietro il più possibile. Una seconda incisione è fatta lungo la spina del setto. Egli ottiene così un lembo triangolare assai mobile, che è in rapporto in avanti col sotto-setto ed indietro con le sue inserzioni con la lamina perpendicolare e col vomere. Introducendo allora dal lato deviato o convesso, e dall'indietro all'innanzi, un *tubo dilatatore speciale*, formato da due lamine

parallele, di cui l'una è rigida e fissa, mentre che l' interna, molto più larga, è di metallo malleabile, respinge il setto mediante una pinza *ad hoc* introdotta nel suo tubo dilatatore. Dà così alla lamina mobile la forma ed il posto, che desidera far prendere al setto, e lascia il dilatatore in sito per 7 od 8 giorni, finchè non si ottiene l' aderenza perfetta delle parti sezionate. Nelle prime 48 ore, stante la naturale reazione, consiglia di bagnare il naso nell'acqua borica bollita, che sostituisce le comuni medicazioni umide. Basta poi fare qualche iniezione per impedire l'accumulo dei secreti crostosi, tendenti a formarsi nelle cavità nasali. Non essendovi suppurazione, non fa cura locale, ed 8 giorni dopo toglie l' apparecchio. In generale il setto si trova allora perfettamente raddrizzato.

S intendono le difficoltà nell'applicare il metodo nei fanciulli; ma l'A. non lo crede neanche conveniente, finchè lo scheletro osseo nasale non sia del tutto sviluppato, per non vedere riprodursi la deviazione.

Texier, di Nantes, e Bar, di Nizza.—*Contribuzione allo studio della tubercolosi nasale.*

Gli AA. riferiscono tre osservazioni personali, delle quali una ha valore maggiore, avendo l'esame microscopico confermato la natura delle lesioni.

Nell'osservazione I si tratta d' una forma pseudo-polipoide, primitiva, senza accidenti anteriori di tubercolosi. Nella II, la stessa forma pseudo-polipoide, ma secondaria ed accompagnata da una granulia miliare nel terzo posteriore delle fosse nasali e nel faringe. La osservazione III è una forma ulcerosa, limitata al vestibolo nasale: ulcerazione irregolare, dolorosissima, con tubercoli giallastri caratteristici. Queste lesioni, raschiate e trattate con l' acido lattico, sono state (la I e III) guarite in un lasso di tempo variabile.

R. Botey, di Barcellona.—*Pseudo-emottisi di origine naso-faringea.*

In 10 anni l' A. dice di avere osservato una ventina di casi di questo genere, e si meraviglia che la letteratura speciale sia quasi muta in proposito. Egli elimina i casi di ulcera, di tumore maligno, di traumatismo, i quali possono anche dare emorragia dal cavo naso-faringeo. Sulla base di 6 osservazioni, l'A. afferma che, quasi sempre, quando un malato *espuisce* del sangue, essendo negativo l'esame del petto, la causa di queste false emottisi risiede nel cavo naso-faringeo: raramente il laringe o l'amigdala linguale è in causa. Assistendo a queste emorragie, si vede scorrere il sangue dietro al velo del palato e lungo la parete faringea posteriore. Se si passa un portacotone sulla vôlta faringea, si riproduce sovente l' emorragia; in tutti i casi il cotone si macchia di sangue. Egli ha spesso osservato, in simili casi, delle piccole croste nerastre aderenti all'amigdala di Luschka o fra la vôlta faringea e le fossette di Rosenmueller, donde l'origine del sangue.

Con le condizioni anatomo-patologiche della regione, l'A. cerca di spiegarsi la causa del fenomeno.

8 Agosto, 8ª Seduta (antimeridiana).

Relazioni.

Prof. O. Chiari, di Vienna. — *I noduli vocali — Anatomia-patologica e diagnosi.*

Col nome di *noduli vocali* sono descritte lesioni laringee varie. L'A. si limita a studiare quei noduli che hanno i seguenti caratteri: sono rotondi od un poco allungati; risiedono sul bordo libero delle corde vocali inferiori, il più spesso all' unione del terzo anteriore col terzo medio; hanno un colore bianco tendente al giallo od al rosa; hanno d'ordinario superficie liscia; sono sessili, opachi; raggiungono al massimo il volume d'una testa di spillo. Questi caratteri li fanno distinguere dai fibromi, dalle cisti, dai papillomi ed altri neoplasmi, nonchè dalle produzioni nodulari tubercolari o sifilitiche. Giammai si ulcerano; e non è raro che spariscano spontaneamente.

Differenti opinioni si hanno sulla loro frequenza. L'A. li ha notati nella pioporzione di $^1/_2$ ad 1 per 100 tra i malati di affezioni laringee, presi insieme; di più ha notato che essi sono due volte più frequenti nella donna, che nell' uomo. Forse ciò dipende da che la prima fa più attenzione alla purezza della voce, anzichè l'altro. Essi si riscontrano principalmente nei cantanti; sono anche relativamente frequenti nei fanciulli.

Si possono ammettere come loro cause: i catarri acuti e cronici del laringe; lo strapazzo della voce, e forse anche un metodo di canto difettoso.

La maggioranza degli autori considerano i noduli vocali come formati dall'iperplasia dell'epitelio e degli strati fibrosi superficiali della corda vocale. Tale opinione è sostenuta da ricerche istologiche, le quali sono sviluppate nella relazione.

Terminando, C. riferisce i risultati delle sue ricerche personali, che gli fanno dire che le glandole della mucosa delle corde vocali entrano solo eccezionalmente della costituzione dei noduli vocali.

H. Krause, di Berlino.—*Sui noduli vocali.*

Per la loro produzione l' A. considera unicamente la cattiva emissione della voce durante il canto, e non mica nel parlare. Questi noduli dei cantanti sono anatomicamente caratterizzati da un tessuto fibroso con contenuto cistico e da denso rivestimento pachidermico, il quale racchiude il nucleo fibroso e porta, alla lunga, la sua atrofia. I disturbi relativi consi-

stono principalmente nella voce cantata, la quale è alterata in alcuni punti della scala vocale; ciò avviene per la difficoltà che hanno le corde ad accollarsi esattamente fra loro e per l'alterazione del tessuto elastico, che non permette di cantare *piano*, nè di emettere suoni medii. Inoltre, il defaticamento vocale si produce durante il canto. Da ciò risulta che i cantanti sono obbligati ad usare processi anormali per supplire al registro mancante, che raggiungono soltanto con una tensione più forte delle corde vocali. Il suono così si danneggia: la voce diviene gutturale, perchè vien prodotta in eccesso nel laringe senza sufficiente risonanza nelle cavità superiori; oppure i suoni sono emessi unicamente in voce di petto. In questo ultimo caso la voce perde una parte della sua espressione, mentre nel primo caso perde di purezza. Alla lunga, l'eccesso di tensione delle corde vocali dà origine alla pachidermia, che si sviluppa dapprima a livello dei noduli e più tardi sui punti soggetti a strofinio eccessivo: apofisi vocali e regione meso-aritenoidea.

Il riposo della voce provoca la retrocessione dei noduli, e se esso non basta, avendo l'infermo interesse di guarire, si deve procedere all'ablazione chirurgica, strettamente limitata alla parte rilevata dei noduli.

Capart, di Bruxelles.—*Cura dei noduli vocali.*

La cura dei noduli vocali può essere igienica, medicamentosa, operatoria. Parecchi autori hanno segnalato casi di guarigione col silenzio prolungato: sarebbe per lo meno temerario di affidarvisi. Il riposo dell'organo può bene far migliorare la laringite che sta a base dei noduli, ma non ha visto mai influenzare questi ultimi.

Chiama cura medicamentosa le polverizzazioni o insufflazioni astringenti o antisettiche, le pennellazioni con soluzioni di nitrato d'argento, e soprattutto puro o mitigato, ovvero con l'acido cromico, che si possono applicare con una serie, già nota, d' istrumenti più o meno ingegnosi. Tutti questi mezzi riescono inefficaci, se non dannosi; la materia attiva si diffonde, agisce al di là dei limiti desiderati, e può produrre flogosi acuta, di durata ed estensione differenti.

Bisogna perciò ricorrere sempre alla cura operatoria, cioè all'ablazione propriamente detta, e non alla distruzione galvano-caustica. E' imprudente servirsi d'istrumenti che agiscono come pinze taglienti a stampo; bisogna preferire pinze fine, delicate, come quelle di Schmidt o di Jurasz, o quelle che l' A. raccomanda da anni. Non bisogna temere di asportare i noduli per intero: la guarigione sarà a questo prezzo.

Il trattamento galvano-caustico sarà riservato pei tumori piccolissimi, difficili ad esser presi nei morsi della pinza, o per eguagliare i bordi dopo una estrazione insufficiente.

La recidiva è possibile; per evitarla l'A. insiste sulla igiene severa: dopo l'operazione, silenzio assoluto prolungato almeno per un mese, inoltre cangiamento di metodo di canto, di registro ed anche di maestro se abbi-

sogna; infine soggiorno in una stazione termale (Ems, Mont-Dore o Luchon).

Comunicazioni.

Garel e Bernoud, di Lione. *I noduli laringei. Studio terapico ed anatomo-patologico.*

Il lavoro prende occasione da 144 casi di noduli laringei. L'affezione non si riscontra solamente nei cantanti; può anche succedere ad una laringite subacuta o cronica. Ammettono gli AA. anche una guarigione spontanea nei casi recenti, la quale sarebbe favorita dalla medicazione solforosa; ma nei casi cronici l'intervento chirurgico s'impone. Garel si è spesso giovato del galvano-cauterio, ma ora usa molto la pinza, che permette una ablazione matematica dei noduli.

Bernoud ha praticato un certo numero di tagli istologici, e il professor Renaut ha fatto rilevare che istologicamente i noduli vocali sono variabili come costituzione: talvolta trattasi d'una semplice alterazione della mucosa con neoformazione vascolare; tal'altra, di piccoli tumori fibro-mixomatosi. Giammai hanno ritrovato il minimo elemento glandulare, per la qual cosa appare inesatta l'opinione di Fraenkel, secondo il quale sempre ed in tutti i casi il *primum movens* della neoformazione sarebbe un'alterazione glandolare.

Moura, di Parigi. — *Timbro della voce.*

L'A. tratta l'argomento in versi sciolti, che, per la difficoltà ad essere riassunti, sarà bene leggere nell'originale.

Escat, di Tolosa. — *Artriti laringee.*

A parte il laringo-tifo e la sifilide terziaria della laringe, si è dato finoggi poca importanza ai disturbi articolari del laringe. Alcuni fatti osservati dall'A. tendono a fare ammettere, più spesso che non si creda, le artriti laringee reumatiche o pseudo-reumatiche. Il prof. Potain ha già mostrato l'artrite crico-aritenoidea come la prima localizzazione della poliartrite da influenza. I segni di queste artriti acute e di anchilosi delle articolazioni laringee si confondono con quelli delle paralisi laringee: l'artrite crico-aritenoidea simula la paralisi del ricorrente, e l'artrite crico-tiroidea quella del laringeo esterno. E' probabile, soggiunge l'A, che molte pretese paralisi, ad etiologia inesplicabile, non sieno che delle artriti o delle anchilosi. Ne dà i seguenti segni:

Nell'*artrite crico-aritenoidea acuta* si ha: disfagia, tosse dolorosa, talvolta tumefazione delle apofisi aritenoidee, dolore vivo alla pressione dietro il bordo posteriore delle lamine tiroidee, mancanza di accavallamento dell'aritenoide sana su quella malata e di movimento della corda sana o della meno malata al di là della linea mediana (Grabower); in fine, bilateralità frequente, per quanto ineguale, dell'artrite.

Nell'*artrite crico-tiroidea acuta* si ha: sforzo vocale doloroso anche per la voce parlata nel registro elevato; persistente contrattura, durante tale sforzo, del muscolo crico-tiroideo, percepibile sotto il pollice applicato sullo spazio crico-tiroideo; dolore alla pressione dell'articolazione crico-tiroidea.

Inoltre, nelle artriti acute crico-aritenoidea e crico-tiroidea si osserva; 1) esistenza o persistenza di un'angina acuta catarrale, 2) iperemia laringea, 3) febbre più o meno pronunziata, 4) manifestazioni poliarticolari extralaringee.

Le *anchilosi* delle due articolazioni sono più difficili ancora a distinguersi dalle paralisi, perchè in esse i sintomi acuti ed i fenomeni dolorosi fanno difetto.

Le artriti acute sono ribelli alla cura elettro-terapica, e cedono invece ai rivulsivi. Le anchilosi sono ancora più ribelli alla terapia; tuttavia non si può far di meglio, che combattere l'anchilosi crico-aritenoidea con la dilatazione e l'intubazione, e quella crico-tiroidea col massaggio esterno.

8 Agosto; 9ª seduta (pomeridiana).

Comunicazioni.

Helat. di Pietroburgo. — *Salivatio psychica.*

E' un'anomalia, dice l'A., non notata finoggi. Con 4 storie di malati cerca dimostrare che il fondo dell'anomalia consiste nel *raschiare* continuo e senza motivo; i malati s'immaginano dapprima che è loro necessario di *raschiare*, ed a poco a poco la saliva loro ripugna a segno, che non possono più ingoiarla. L' organismo si sforza a compensare la perdita di saliva, ma gl'infermi si dànno la pena di eliminarla col raschiamento.

Questo dispendio, contrario alla natura, di un secreto indispensabile all'organismo, e fors'anche il lavoro accresciuto delle glandole salivari, producono una secchezza della mucosa della bocca, una irritazione del faringe e del rino-faringe, catarro cronico del laringe e dell' orecchio medio. Oltre a ciò, si constatano molti fenomeni generali dal lato degli organi digestivi e del sistema nervoso: gl'infermi sono costipati e disposti ad una neurastenia grave, rasentando alle volte l'alterazione mentale.

In quanto a terapia, tutto sta nello astenersi dal raschiare; appena la saliva riprende il suo corso naturale, la guarigione non si fa attendere.

Chauveau, di Parigi.—*Paralisi isterica della corda vocale sinistra con paresi concomitante dello sterno-mastoideo e del trapezio dello stesso lato: anestesia e paresi del velo del palato, disturbi della deglutizione ed ipersecrezione.*

Si tratta di una donna di 53 anni con precedenti personali isterici, nella quale scoppiano gli enunciati disturbi in seguito ad una deglutizione irregolare. All'esame laringoscopico, si vede la corda vocale sinistra immobile nell'abduzione. Si ha scomparsa rapida degli accidenti in pochi giorni.

All'A. sembra che la paresi dello sterno-mastoideo, del trapezio e del velo, coincidente con la paralisi della corda vocale, costituisca un nuovo fatto clinico in favore dell'importanza fonatoria dello spinale.

9 Agosto, 10ª ed ultima seduta (antimeridiana).

Relazioni.

Onodi, di Budapest.—*L'Anosmia.*

Prima di ogni altro l'A. dimostra come le nostre conoscenze sui nervi olfattivi e loro centri nonchè sul tragitto delle relative fibre sono poco complete dal lato anatomo-patologico. I pochi fatti che possediamo, egli aggiunge, permettono tuttavia di constatare la concordanza con i risultati anatomo-patologici, e di conchiudere con verosimiglianza che nell' uomo il centro olfattivo dev'essere ricercato nella circonvoluzione dell'ippocampo e nell'uncino di questa circonvoluzione. L'esperienza clinica mostra che le lesioni nel territorio del tragitto indicato possono produrre il disturbo o la perdita del senso dell' odorato, e che vi ha un incrociamento parziale delle fibre olfattive nel cervello ed un'associazione fra i centri olfattivi nella regione corticale del trigemino.

Indi passa a studiare le *condizioni etiologiche*, e cerca di stabilire *una classifica* delle forme cliniche dell'anosmia. In un 1° gruppo pone le anosmie che si accompagnano a modificazioni patologiche nel territorio del senso dell'olfatto, o ad influenze nocive constatabili in questa regione; in un 2.° gruppo fa rientrare le forme nelle quali nessuna modificazione può essere riferita sia ad un ostacolo meccanico della respirazione nasale, sia ad un disturbo funzionale, cioè ad un'abolizione funzionale del senso dell'odorato. Epperciò divide l'anosmia in: 1°) *anosmia essenziale* o *vera,* la quale, relativamente ai territorii olfattivi affetti, può essere *centrale* o *periferica;* 2°) *anosmia meccanica* o *respiratoria;* 3°) *anosmia funzionale.*

Fra le diverse condizioni etiologiche dell'anosmia vera periferica si trova: ora una infiammazione nel distretto olfattivo periferico, la quale conduce ad una nevrite olfattiva, ora un processo atrofico dei nervi olfattivi. La detta infiammazione si può produrre senza un'analoga infiammazione della mucosa nasale, come a seguito dell'*influenza;* queste anosmie possono essere passeggiere o degenerare in atrofia. Le localizzazioni sifilitiche, ed i polipi inseriti molto in alto, latenti e recidivanti, nonchè l'etmoidite cro-

nica, possono produrre delle modificazioni patologiche nella regione olfattiva periferica. Qui egualmente può ripercuotersi l'atrofia della mucosa nell'ozena, ed anche l'atrofia senile; ma probabilmente quest'ultima è d'origine centrale.

In quanto concerne l'*anosmia centrale vera*, si possono trovare unite, alle modificazioni constatate nelle autopsie, tutte le cause agenti sul sistema nervoso centrale, cioè: i tumori del cervello nella fossa anteriore della base cranica, i focolai di sclerosi, d'embolia, d'emorragia, la siringomielia, la tabe cerebrale, la paralisi progressiva, l'atrofia senile, nonchè le lesioni interessanti direttamente il bulbo e la bandeletta olfattiva, come la meningite cerebro-spinale, le lesioni sifilitiche e tubercolari ed i traumatismi olfattivi. Nella detta categoria bisogna ancora fare entrare le diverse intossicazioni per tabacco, cocaina, mercurio, piombo, morfina, atropina, solfuro di carbonio, nonchè l'abuso e il defaticamento del senso dell'olfatto. Però, fra queste sostanze tossiche, i gas irritanti, la cocaina ed il fumo del tabacco hanno anche un'azione nociva locale sugli organi olfattivi periferici. Nella stessa categoria di cause dell'anosmia centrale si debbono pure mettere le azioni tossiche consecutive all'influenza, setticemia, erisipela, ed egualmente le anosmie congenite aventi per base uno sviluppo incompleto o l' assenza del bulbo, delle bandelette olfattive e dei centri olfattivi corticali.

In quanto all'anosmia meccanica o respiratoria, sono note tutte le varie cause determinanti ostacolo alla respirazione nasale.

Per l'*anosmia funzionale*, la base ordinaria è l' isterismo; per altro si hanno delle azioni a distanza, delle influenze riflesse, come nell' ovariotomia, durante la funzione mestruale, in seguito alla cauterizzazione del cornetto inferiore ed all' estirpazione del ganglio di Gasser. Qui pure trova posto l'anosmia intermittente, come quella che compare con la psoriasi boccale e scompare con la guarigione di questa.

In fine l'A. nota che le anosmie, in generale, sono spesso precedute da allucinazioni dell'olfatto, da parosmie diverse e da cacosmie.

Helat, di Pietroburgo.— *Tonsillite streptotricia*, seu streptomicosis tonsillorum.

L'A. e il dottor Ueke hanno esaminato circa 90 casi di questa malattia al microscopio. Hanno trovato nelle amigdale un forte pullulamento di una o più specie di streptotrix, che si manifesta clinicamente con la presenza di turaccioli o di agglomeramenti di masse nelle tonsille. Il quadro microscopico offre un ammasso di filamenti ora fini, ora più spessi, talvolta appena visibili, che hanno l'aspetto serpentino e tortuoso. Gli esperimenti negli animali e le colture non sono riusciti. Come sintomi clinici notansi: dolori periodici; parestesie, faringite catarrale ecc., nonchè sensibilità alla pressione, leggero gonfiore delle tonsille e disturbi della voce.

La terapia consiste nella *discissione* delle tonsille e l'eliminazione delle masse di streptotrix. Il pronostico è favorevole.

C. Chauveau. — *Un caso di leucocitemia sintomatica di un linfosarcoma tonsillare con invasione delle quattro amigdali e generalizzazione ai gangli.*

Riferita la storia del caso, l'A. ne rileva la importanza, consistente: 1) nell'invasione delle 4 amigdale, 2) nella leucocitemia tardiva, 3) nella estensione lenta del tumore alle parti vicine, 4) nell'integrità persistente, per un anno e mezzo, della salute generale, e 5) in fine, nella diminuzione di volume delle tonsille palatine e dei gangli cervicali invasi, che avviene negli ultimi tempi.

Botey.—*L'importanza del polo superiore della tonsilla e della fossetta sopratonsillare come causa di periamigdalite flemmonosa. Estirpazione completa della metà superiore di questo organo come unico trattamento preventivo efficace.*

La condizione morbosa particolare, di cui l'A. fa argomento della sua comunicazione, vien rilevata in tutti i suoi particolari, e ne risulta chiaro il mezzo terapico che egli propone e che è riassunto nel titolo del lavoro. Ad ogni modo, per maggiori particolari, rimandiamo il lettore all'originale.

Hamon du Fougeray, di Mans.—*Sull'impiego dell'acido cromico in soluzione a metà nel trattamento dei tumori maligni delle mucose rino-faringo-laringee.*

L'A. cita 8 osservazioni in appoggio di quanto è racchiuso nel titolo della sua comunicazione, e conchiude che con ciò non intende pregiudicare l'avvenire di questa quistione: egli intende citare solamente i 3 fatti, per provocare delle ricerche in questo senso, giacchè altre osservazioni sono necessarie.

C. Savoire.—*Cura delle faringiti croniche.*

La difficoltà che s'incontra in questa terapia dipende, secondo l'A., da che le pennellazioni, le polverizzazioni con soluzioni o polveri medicamentose, le causticazioni chimiche o fisiche non raggiungono tutte le ripiegature della mucosa malata. Così egli propone l'impiego di antisettici facilmente volatili, e che ha già sperimentato da 3 anni.

Dopo aver rimediato alle concomitanti lesioni nasali d'ordine meccanico (causa più frequente delle faringiti) a mezzo di un trattamento medico o chirurgico appropriato, ed aver ristabilito ampiamente la permeabilità nasale, ecco il suo metodo di cura delle faringiti croniche:

1.° Lavacri naso-faringei, a mezzo di una delle due sonde proprie, nasale anteriore o nasale posteriore; prescelglie l'una o l'altra a seconda

della tolleranza dei malati, per togliere, mattina e sera, le mucosità accumulate nel rino-faringe, e servendosi di 1/2 litro di soluzione di fenosalil all'1 %.

2.° Ai detti lavacri fa seguire una inalazione nasale per 4 a 5 minuti, servendosi di un cucchiaino della soluzione seguente: formolo 5 grm., mentolo, gomenolo, cloroformio ana grm. 10, acqua di Cologna grm. 100.

3.° Tutte le sere, fa pennellare il naso-faringe con una delle due soluzioni seguenti:

A — Soluzione acquosa satura di resorcina (15 per 10)
B — Mentolo 1 gr.
Tintura di jodio 5 gr.
Glicerina 10 gr.

Questo trattamento non è doloroso, ed apporta, a capo di qualche settimana, la guarigione delle affezioni le più tenaci.

Ruault, di Parigi.—*Contributo alla cura dell'ipertrofia tonsillare con lo spezzettamento.*

L'A. ricorda che il principio di questo *suo metodo*, a mezzo della sua pinza a stampo, consiste nello schiacciare dapprima il tessuto e di non asportarlo che dopo schiacciamento. Sicchè le sue pinze non sono taglient i. I fabbricanti vendono oggigiorno, sotto il suo nome, delle pinze che sono laceranti e non schiaccianti: è questo un errore ch'egli tiene a respingere.

In certi casi, d'altronde, lo schiacciamento semplice d'una tonsilla peduncolata fra i morsi d'una potente pinza piatta basta a far scomparire la glandola per compressione; e si è pensato, al bisogno, di fare di questo processo un metodo speciale che si chiama *amigdalotripsia.*

D'Ajutolo, di Bologna.—*Sopra un nuovo tonsillotomo.*

Presenta un istrumento semplice per asportare le tonsille palatine, cioè un paio di forbici piegate a gomito presso l'articolazione, e che hanno i bordi taglienti dentellati ed un poco arcuati. Una delle branche taglienti è più lunga dell'altra, ed al suo estremo forma un angolo quasi dritto. Sul loro piatto le branche hanno tre uncinetti per trattenere le parti sezionate. L'istrumento taglia le tonsille schiacciandole; merita, dice l'A., d'essere preferito al tonsillotomo di Fanestok, oltre a servire anche come *uvolotomo.*

Cuvillier.—*Ipertrofia tonsillare e vegetazioni adenoidi.*

Dal Marzo 1892 al 1° Gennaio 1900 ha curato, nella Clinica dell'*Hôpital des Enfans Malades*, 2785 bambini, di cui 1171 femmine e 1614 maschi.

Dal punto di vista della varietà delle affezioni, ha trovato 569 ipertrofie semplici dell'amigdala, 1060 vegetazioni adenoidi semplici, 1156 ipertrofie

tonsillari e vegetazioni adenoidi associate. La predominanza delle lesioni dell'amigdala faringea è dunque più spiccata. La media dell'età è fra 5 a 7 anni; ma le vegetazioni adenoidi esistono anche nei lattanti.

Per le amigdale, la cura varia secondo la forma: 1°) se *peduncolate*, tonsillotomia a freddo o con l'ansa galvanica; 2°) se *incastonate*, punte di fuoco alla superficie; ablazione per spezzettamento; 3°) se *lacunari*, discissione a caldo ed a freddo—spezzettamento. Nelle forme miste, si associano questi trattamenti. L'ipertrofia tonsillare, convenientemente trattata, non recidiva.

Le *vegetazioni adenoidi* si presentano sotto 3 tipi clinici: 1°) tipo respiratorio; 2° tipo auricolare; 3°) tipo misto. In 2019 osservazioni il solo tipo respiratorio esisteva 1214 volte, l'auricolare 75 ed il misto 730 volte.

Dal momento che vi ha un vero tumore adenoide, la cura non può essere che chirurgica. Le complicazioni operatorie sono assai rare. Non vi sono controindicazioni, salvo che per l'emofillia nettamente stabilita. Bisogna operare a qualunque età del bambino e con qualunque sintoma. Le vegetazioni, radicalmente tolte, non recidivano.

Gellé mostra a mezzo di grafiche del fonografo come s'inscrivono le vibrazioni ed i periodi caratteristici dei suoni-vocali, delle consonanti e delle sillabe. I disegni rappresentano i diversi tipi caratteristici di A, E, I, O, U ecc. Essi fanno vedere le grandi differenze fra gli stessi suoni, emessi da individui diversi che non conosciamo. Le stesse parole « table » o « âne » pronunziate ora in modo semplice, ora con grande intensità, offrono dei periodi più o meno imbrogliati, e solo nel centro del tracciato i tipi particolari si riconoscono: l'intensità ha quest'azione precipua di deformare, disgiungere i periodi, al punto da renderli irriconoscibili. Le consonanti esplosive hanno questa azione assai spiccata, dovuta al rilasciamento brusco che l'accompagna. I disegni discovrono al contrario l'associazione dei suoni delle soffianti, per esempio, con suoni di vocali, che esse modificano, e la combinazione di questi suoni diversi. Altre tavole rendono manifesta la formazione di sillabe e di parole.

L'A. rileva che l'azione dinamica delle consonanti esplosive e vibranti agisce tanto sulla vocale che segue, come in PA, che su quella che precede come in « *rire* », ed egli ricorda a tal proposito che gli artisti nelle loro declamazioni accrescono quest'azione, l'estendono, per aumentare l'intensità e la durata della sensazione sonora.

Mediante questi tracciati fonografici l'A. ha potuto riconoscere serii difetti di pronuncia e certi disturbi del linguaggio; così nell'emissione di A-I, egli ha potuto trovare in un balbuziente, fra A tipo e l'I che segue, il disegno di E, che per la lentezza dell'elevazione della lingua si forma in una maniera netta.

L'A. si riserva di pubblicare presto il lavoro completo con queste tavole dimostrative.

Scheier Dr. M. — *Sulla struttura della laringe ossificata.*

Per questi studi, l'A. usò buone laringi, totalmente o parzialmente ossificate.

La laringe va sezionata come segue. La cartilagine aritenoide viene enucleata cautamente dalla cartilagine cricoide, e nella cartilagine tiroide le due lamine rimangono unite, senza che avvenga una frattura angolare. Indi: macerazione e sezione delle singole cartilagini, mediante la sega circolare, in differenti direzioni, cioè orizzontalmente, verticalmente, ecc. Radiografia delle sezioni ossee. Si constata una determinata regolarità nel decorso delle esili trabecole. — Sulla cartilagine tiroide si vedono due esili sistemi di trabecole, chè stanno ad angolo retto fra loro: però mentre, alcune trabecole da sinistra e dall'esterno si dirigono in avanti ed in dietro, altre si dirigono da sinistra e dall'interno in avanti, ed all'esterno. Nell'angolo della cartilagine tiroide le trabecole decorrono diritte, dall'esterno all'interno.

Moura presenta il suo *inalatore* in porcellana, che permette di far respirare sostanze capaci di attaccare gl' istrumenti metallici, e che si compone: 1.° di una maschera boccale e nasale in porcellana, che chiama *Bocalrhine*;

2. di un recipiente in forma d'imbuto o di campana o di cappello, fornito d'un corto tubo di richiamo;

3. di un tubo a gomito che unisce il *bocalrhine* al cappello;

4. di un vase destinato a contenere sia l' infuso bollente di piante aromatiche, corroborranti o calmanti, sia una soluzione di essenze antisettiche microbicide o igieniche.

Il cappello porta alla base dei fori per cui si forma una corrente d'aria ascendente, che trasporta i vapori medicamentosi per il *bocalrhine*.

L'A. si estende sull'uso dell'istrumento e sull'azione curativa delle inalazioni nelle affezioni acute e croniche dei bronchi, laringe, gola e naso, nonchè nella difterite di queste parti.

Botey. — *Qualche parola sulle mie nuove cannule da tracheotomia.*

Presenta varie cannule ed insiste sul modello della sua cannula n. 3, come la più comune ad utilizzarsi negli adulti dei due sessi, avente 11 millimetri di grossezza al suo estremo interno e 12 alla periferia, oltrechè offre altre piccole modificazioni riguardanti la curvatura totale, le dimensioni del padiglione, l'articolazione laterale della cannula interna sul padiglione, la flessibilità della punta della cannula interna, ecc.

Courtade presenta i seguenti istrumenti:

1.° *Speculum auricolare per i casi di ascesso del condotto uditivo.*

L'A. ad uno speculo ordinario ha tolto la metà, nel senso del suo asse longitudinale in modo che il restante semi-cilindro può abbracciare il rilievo del furuncolo e permetterne l'incisione senza ledere la parete opposta.

2.° *Cannula per lavacro della cassa del timpano.* E' rettilinea, di piccole dimensioni per quanto fornita di uno o più getti verticali, sicchè, mentre riesce allo scopo, non uncina il timpano in un movimento brusco del malato, come accade per le sonde a gomito.

3.° *Speculum nasale.* Risulta di 2 valve riunite a cerniera, che si aprono come un libro; di più, come lo speculo vaginale si può aprire con una sola mano.

4.° *Fissatore degli speculi, nasale ed auricolare.*

Il *fissatore*, che l'A. presenta, serve a mantenere in sito lo speculo durante tutto il tempo dell'operazione. Alla molla che abbraccia la testa da avanti in dietro, si può fissare o la pinza del naso o quella che fissa lo speculo auricolare, ed i relativi vantaggi sono chiari.

5.° *Abbassa-lingua a contro-pressione.* Oltre alla spatola linguale, l'istrumento ne possiede un'altra incrociata, che viene a premere contro il mascellare inferiore quando si appoggia il pollice su d' una leva, in modo che la lingua resta trattenuta e fissata nel pavimento orale.

6.° *Pinza-dilatatrice del laringe*: si apre ad angolo come un libro, cioè secondo la forma della glottide, ed in ciò i suoi vantaggi di fronte agli ordinarii dilatatori che dilatano la glottide in senso circolare.

7.° *Manico di galvano-cauterio con reostato*: il quale è fatto da un filo di rame di un certo diametro, che può essere ricambiato con altro di differente resistenza, ed è inquadrato sulla faccia laterale sinistra del manico. Il suo scopo è quello di ottenere una resistenza costante nel manico, il quale al passaggio della corrente si riscalda e finisce per bruciarsi. S'intende, che il reostato non impedirà questi inconvenienti quando l' ansa è chiusa a vuoto, ma l'impedirà quando abbraccia un tumore, il che aumenta la sua resistenza.

***

Dall' editore del *Journal of Laryngology Rhinology and Otology* (*Giornale di Laringologia, Rinologia ed Otologia*), che si pubblica a Londra, sotto la direzione dei dottori Lake, Macintyre, D. Grant e Sandford ci si annunzia che si sta preparando un' appendice alla «*Direzione internazionale dei Laringologi*», compilata dal dottor R. Lake. In essa si trovano corretti dei nomi ed indirizzi già dati, vi è aggiunta una lista di nomi e di indirizzi ricevuti dal momento della pubblicazione, ed una di decessi. Inoltre, è stata accresciuta considerevolmente la lista degli specialisti esteri.

Per rendere, quanto più completa è possibile codesta pubblicazione, l'Editore invita tutti i cultori di Laringologia, Rinologia ed Otologia ad inviargli a tempo i loro nomi ed indirizzi. Ciò ridonda a vantaggio loro e della pubblicazione.

L' indirizzo è:

Rebman, LTD Editors of the *Journal of Laringology, Rhinology and Otology*

129 Shaftesbury Avenue

London

***

Il valoroso otologo D. E. Cresswell Baber ha, sin dall'Agosto u. s., pubblicato uno splendido volume di 477 pagine: gli atti del 6° Congresso otologico Internazionale, tenuto a Londra, un anno fa sotto la Presidenza del Prof. U. Pritchard (*Sixth International Otological Congress, London. — Transactions edited under the Direction of the editorial Committee*). Codesto annunzio non è privo d'interesse per i cultori di Otologia, i quali, volendolo, potranno acquistare il libro dalla: « *Southern Publishing Company, Limited*, 62 Fleet Street, London, che prodiga una speciale cura alla splendida riuscita del libro, col zelo ed il lusso profusi nella edizione.

***

A Torino, Via San Massimo, n. 23 fra la Clinica Medica e la Clinica Ostetrica il sig. Cesare Pavesio ha aperto una Casa di Commissioni e Rappresentanze Librarie che si occupa particolarmente di opere scientifiche italiane e straniere e di abbonamenti a Giornali; quelle opere che al momento non si hanno, saranno provvedute immediatamente, colle possibili facilitazioni.

E' aperto pure uno studio a disposizione esclusiva dei Signori Professori, Dottori, Studenti di Medicina, Farmacia, Veterinaria e Scienze Naturali, per la lettura di Giornali scientifici italiani, francesi, tedeschi e inglesi.

La Casa si occuperà volentieri della pubblicazione e diffusione di lavori per conto degli autori.

***

Le *Conferenze Popolari sulla Tubercolosi* tenute a Catania dal Dottor C. Abate, raccolte in un volume, vedranno fra non guari la luce.

Il presente fascicolo è di pagine 56, mentre, per l'eccedenza dei precedenti, doveva essere di pagine 36.

Indice dei lavori originali

C. Martuscelli. — Ricerche sperimentali sui bulbi olfattivi. . . . . *pag.* 1

G. Prota. — Tubercolosi vegetante del naso. . . . » 10

D. Tanturri. — Sulla tubercolosi della lingua . . » 23

A. Trifiletti. — Lesioni parasifilitiche o postsifilitiche della laringe? . . . . » 33

G. Gerenzi. — Un caso singolare di afonia spastica . » 40

A. Reale. — Su di un papilloma della regione vestibolare del naso . . . . » 57

J. Tommasi. — Metodi di Krause nella cura delle sinusiti croniche del mascellare superiore. . . » 60

A. Pirera. — Le glandole dell' anello di Waldeyer (specialmente le tonsille palatine), considerate come vie di entrata delle affezioni microbiche . . . » 67

J. Tommasi. — Settantotto casi di vegetazioni adenoidi nella provincia di Lucca . . . . . . » 101

F. Massei. — Profilassi e cura della tubercolosi delle prime vie del respiro. . . . . » 123

G. Martuscelli. — Anatomia patologica e batteriologia della tubercolosi delle prime vie respiratorie e dell'orecchio . . . . » 157

Indice alfabetico degli autori dei lavori originali

G. Gerenzi. — Un caso singolare di afonia spastica . *pag.* 40

G. Martuscelli. — Anatomia patologica e batteriologia della tubercolosi delle prime vie del respiro e dell'orecchio . . . . » 157

G. Martuscelli. — Ricerche sperimentali sui bulbi olfattivi. . . . . » 1

F. Massei. — Profilassi e cura della tubercolosi delle prime vie del respiro (Relazione al V Congresso della Società Italiana di Laringologia, Otologia e Rinologia) . . . . » 123

A. Pirera. — Le glandole dell'anello di W a l d e y e r (specialmente le tonsille palatine), considerate come vie di entrata delle affezioni microbiche . . . » 67

G. Prota. — Tubercolosi vegetante del naso . . . . » 10

A. Reale. — Su di un papilloma della regione vestibolare del naso . . . . » 57

D. Tanturri. — Sulla tubercolosi della lingua . . » 23

J. Tommasi. — Metodi di K r a u s e nella cura delle sinusiti croniche del mascellare superiore . . . » 60

J. Tommasi — Sessantotto casi di vegetazioni adenoidi nella provincia di Lucca . . . . » 101

A. Trifiletti. — Lesioni parasifilitiche o postsifilitiche della laringe? . . . . » 33

Rivista di Opere e Giornali

M. Natier — Le epistassi spontanee, a ripetizione . *pag.* 45
E. J. Moure — Cura dei tumori maligni delle fosse nasali . . . . » 46
G. Ferreri — Fibro sarcoma del seno sfenoidale . . » id.
G. Gabbini — L'ipertrofia dell'amigdala faringea (vegetazioni adenoidi) nelle province di Messina e Reggio Calabria . . . . » 47
De Dovitiis — Pinza emostatica per le tonsille . . » 48
E. Gagnoni — Di tre gravi casi di difterite guariti con l'iniezione nelle vene di siero antidifterico. . » 49
A. Sargnon — Intubazione e tracheotomia, all'infuori del crup, nel bambino e nell'adulto. . . . . » 51
R. Botey — Le malattie della voce nei cantanti e la loro cura . . . . » 52
F. Perez — Ricerche sulla batteriologia dell'ozena . » 78
F. Rueda — Un processo semplice per l'estrazione dei polipi naso faringei . . . . » 82
F. Cobb — Ascesso peritonsillare . . . . . . » 84
J. Schadle — Tumori della tiroide accessoria alla base della lingua. . . . . » 85
A. Valentin — Contributo al meccanismo della tosse . » 87
G. Avellis — Il rapporto della laringite secca cronica con la gravidanza . . . . , . » 90
G. Spiess — Trattamento metodico dell'afonia nervosa e di alcuni altri disturbi vocali affini . . . » 92
A. Jurasz — Il trattamento laringoscopico dei tumori maligni . . . . » 95
C. Abate — Vertigine afasica . . . . . . » 98
R. Sota y Lastra — Le malattie del naso, della bocca e della gola . . . . » 99
Varia. 53, 100, 123
Congresso Internazionale a Parigi — Sezione Rino-Laringologica 179

ARCHIVII ITALIANI

DI

LARINGOLOGIA

ANNO XXI - 1901

BOSTON MEDICAL
MAR 29 1912
LIBRARY.

CATALOGUED
MAR 29 1912
J. F. B.

20

BOSTON MEDICAL
MAR 20 1912
LIBRARY

PARTE ORIGINALE

Istituto di Laringojatria della R. Università di Napoli
diretto dal Prof. F. Massei

Fibroma della tonsilla

CONTRIBUTO CLINICO-ISTOLOGICO

con 2 figure

pel dott. G. PROTA, Assistente.

I tumori benigni delle tonsille non sono molto frequenti, ond'è che i casi finora pubblicati sono poco numerosi. Dallo spoglio delle varie pubblicazioni possiamo così riassumere le diverse forme di tumori benigni osservati nella tonsilla: *fibroma*, *lipoma*, *mixoma*, *angioma*, *adenoma*, *fibro-encondroma*, *papilloma e cisti*.

Il fibroma tonsillare è abbastanza raro; difatti, salvo poche osservazioni singole, in alcuni trattati generali o speciali non è registrata la possibilità di tale neoplasia, mentre in altri si accenna solamente alla sua rarità.

Le pubblicazioni speciali riflettenti il fibroma tonsillare sono varie, ma non numerose; la prima rimonta al 1853 ed è dovuta a Duchaussoy (1) che presentò, in quell'epoca, un caso di fibroma della tonsilla alla Società anatomica di Parigi.

Nel 1854, Eve (2) pubblicò un secondo caso di fibroma tonsillare, e poi, nel 1858, Curling (3) un altro, e più tardi Julia (4), nel 1863, in un lavoro sui polipi delle tonsille, riporta alcuni casi di polipi fibrosi.

Indi troviamo la pubblicazione di Bourdon (5) nel 1872 e quella di Delavan (6) nel 1882; in seguito i lavori di Masse (7), nel 1885, sui polipi fibro-mucosi della tonsilla, e quello di Rivière (8) nel 1889, mentre nel 1886 Bottini (9) pubblicò un caso di fibro-encondroma.

Altri casi di fibroma tonsillare furono illustrati da Lublinski (10) nel 1887, da Lefferts (11) nel 1889, da Lannois (12) e Koch (13) nel 1888, da Lefour (14) nel 1891, da Peiser (15) e Gevaert (16) nel 1896.

Nel 1895 Waterman (17) illustrò un caso di fibroma osservato da Fitz-Gerald.

Ardenne (18), nel 1897, in un lavoro completo sui tumori benigni della tonsilla, dopo aver riportato i casi registrati fino allora nella letteratura, ne ha raccolto altri 20, fra i quali 2 di fibro-condromi, da lui osservati; uno di fibroma dovuto a Cartaz, e 2 a Baratoux; uno comunicatogli da Massei e 2 da Cozzolino.

Ultimamente, nel 1899, Bèco (19) ha presentato alla Società Oto-rino-laringologica del Belgio un caso di fibroma tonsillare peduncolato, da lui osservato.

Però poche osservazioni hanno avuto il controllo dell'esame istologico, per cui avendo avuto l'opportunità di studiare un caso, che per le sue particolarità istologiche è anche degno di nota, ne ho fatto argomento di questa breve nota.

Circa la etiologia dei fibromi tonsillari, come per gli altri tumori benigni, della tonsilla, non vi è nulla di preciso al riguardo, e solamente sono registrati come cause favorevoli al loro sviluppo, in certi casi, le flogosi o le congestioni reiterate e le irritazioni di qualsiasi genere,

Riguardo poi alla rarità delle neoplasie benigne in rapporto alle maligne, che si sviluppano più di frequente nella tonsilla, si richiama l'attenzione sul fatto che nel primo periodo della vita si ha una attività maggiore del tessuto linfatico tonsillare, che si manifesta patologicamente sotto forma di ipertrofie semplici e di maggiore proclività alle comuni flogosi, mentre nell'età adulta o senile, subendo il tessuto linfatico una fase regressiva, può rimanere inerte e scomparire, oppure prestarsi più facilmente all'insorgenza delle forme neoplastiche maligne.

I tumori benigni delle tonsille, alle volte, possono essere congeniti, come si avvera per gli angiomi, ma più spesso s'incontrano nell'età dai 25 a 45 anni, e di preferenza nel sesso maschile.

In certi casi la loro presenza è dimostrata da disordini funzionali diversi, mentre, per lo più, quando il loro volume è limitato, possono passare inosservati ed essere riconosciuti per azzardo, allorquando si osserva la gola dei pazienti per tutt'altra ragione.

Il fibroma della tonsilla può essere sessile o peduncolato, e in questo ultimo caso formare il cosidetto polipo fibroso, che si sviluppa verso la cavità faringea, e per l'azione del proprio peso, soprattutto per la trazione che si opera in ciascun atto della deglutizione, il tumore assumerebbe la forma peduncolata.

Altre volte si presenta sotto forma di piccoli noduli isolati o aggruppati, mammellonati, irregolari, limitati su piccole zone della tonsilla, da costituire delle *ipertrofie circoscritte*, come le ha descritte il Prof. Sangalli di Pavia (1).

Anche io ho osservato un caso simile in un giovane di 25 anni, nel quale sulla tonsilla sinistra, verso il polo superiore, si notavano dei piccoli tumoretti riuniti a gruppi, della grandezza di un cece o poco più, di colorito roseo, simile alla tonsilla, alquanto duri ed indolenti. Non ho potuto confermare istologicamente la natura di tali tumoretti, poichè l'infermo non permise che ne avessi asportato un pezzetto per l'esame, nè si è fatto più vedere, giacchè non avea alcuna molestia dalla presenza del tumore.

In certi casi, pero, tutta la tonsilla può essere sede del tumore.

Tali neoplasie, per lo più, s'impiantano verso il polo superiore della tonsilla, ovvero alla parte postero-inferiore. La loro forma è varia; possono essere rotondi, ovalari, allungati o rivestire delle forme assai curiose. La consistenza muta secondo il predominio maggiore o minore dell'elemento cellulare su quello connettivale; quasi sempre sono abbastanza duri.

Il colorito ordinariamente è roseo, più o meno carico, qualche volta bianco-giallastro, da risaltare sul colorito roseo delle parti vicine.

Il decorso è lento, e può rimanere inavvertito per anni, senza arrecare molestie all'infermo, mentre, quando è allungato e mobile, può provocare disordini funzionali diversi: tosse, accessi di soffocazione, oppure pel grosso volume arrecare disturbi nella deglutizione e mettere in serio pericolo la vita dell'infermo, ostacolando il passaggio del cibo e dell'aria, come nel caso di Lefferts, nel quale il tumore per la sua grandezza provocava accessi di soffocazione, e in quello di Curling in cui la neoplasia, dopo un anno, aveva invasa tutta la cavità orale.

Al microscopio, il fibroma della tonsilla mostra i comuni caratteri dei tumori connettivali, cioè è formato da spessi fasci di grosse fibre, nei quali si trovano sparse cellule più o meno abbondanti. Se poi al tessuto fibroso si trova unito del tessuto mixomatoso, si hanno i mixo-fibromi che più spesso s'incontrano sotto forma di polipi fibro-mucosi.

---

(1) Citato da Ardenne.

Vi può essere accoppiato del tessuto grassoso ed aversi un lipo-mixo-fibroma, come nel caso descritto da Hang (20).

Si trattava di un tumore della tonsilla destra, del volume di una nocella piuttosto sessile, duro, liscio, di color rosso giallastro. L'esame microscopico dimostrò trattarsi soprattutto di un lipoma, di cui qualche parte avea una consistenza fibromatosa e le altre aveano subito la trasformazione mixomatosa.

Interessante e raro è anche il caso illustrato da M. Furet (21) alla Società Francese di Oto-laringologia nella seduta del 3 Maggio 1877.

Un uomo di 48 anni presentava sulla tonsilla del lato destro un piccolo tumore allungato, lungo 2 cm. circa, peduncolato, assai mobile e di colorito roseo come il tessuto vicino. Inoltre, sul collo e sul tronco dell'infermo si notavano una trentina di piccoli tumori, rassomiglianti a chicchi d' uva, conosciuti col nome di *molluscu1um pendulum*. L'esame istologico confermò l'identità tra le due lesioni, poichè il tumore tonsillare avea tutti i caratteri del *molluscum pendulum*.

Altre volte troviamo nel fibroma un marcato sviluppo di vasi sanguigni con qualche lacuna, da dare al tumore l' aspetto di un fibro angioma, mentre quando tutto il tessuto è fatto da vasi dilatati, si tratta di un vero angioma tonsillare.

Raramente si trovano dilatati i vasi linfatici con numerose lacune, come nel mio caso, che illustrerò in seguito.

I sintomi variano secondo il volume, la forma e la sede del tumore, e secondo che il noplasma è pedunculato o grosso, oppure sessile e piccolo.

Difatti, dei sintomi funzionali, alcuni sono dovuti alla presenza del tumore, che meccanicamente può provocare dei disturbi sia nella deglutazione, sia nella respirazione, e può alterare il timbro della voce e l'udito.

Così si può avere la semplice sensazione di corpo estraneo nella gola, che costringe l' infermo a deglutire spesso, a raschiare per sbarazzarsi di tale molestia, fino a quella di vera disfagia, prodotta dal volume esagerato, che alle volte diviene dolorosa, quando sopravvengono i fenomeni infiammatorii facili ad avverarsi in simili circostanze.

Quando, poi, il tumore è voluminoso o cresce molto, ai fatti suesposti si aggiungono i disturbi della respirazione, semplice dispnea oppure accessi di soffocazione, che si verificano di frequente nei casi, nei quali il tumore tonsillare è peduncolato, e viene così ad irritare direttamente o ad occupare la laringe, provocando anche la tosse.

In tali casi la voce può essere alterata ed acquista il timbro gutturale (*voix amygdalienne*).

Nell'apparato uditivo si verifica ipoacusia e rumori imputabili ad occlusione della tromba eustachiana, fatta meccanicamente dal tumore, od a propagazione del catarro naso-faringeo.

Poche volte la presenza del tumore risveglia dolore, che spesso è dovuto alle angine od a processi infiammatorii acuti della faringe. Altre volte si possono avere dolori intermittenti, irradiati verso la nuca, il collo, l'orecchio, l'angolo mascellare ecc. dovuti a compressione esercitata dal tumore sui filetti nervosi.

Altri sintomi funzionali sono riflessi, come la nausea, i conati di vomito, la scialorrea e la tosse, che alle volte diviene spasmodica, determinata dallo stimolo che fa il tumore quando è peduncolato e mobile, irritando, meccanicamente, l'epiglottide e le plice ari-epiglottiche, oppure è accessionale, ligata alla posizione dell'infermo

Vi sono, però, dei casi nei quali l'infermo non solo non ha alcuna molestia dalla presenza del tumore, ma ne ignora l'esistenza, come in quello descritto da Béco. Il paziente avea un fibroma della tonsilla sinistra lungo 45 millimetri, simile ad un cetriuolo, a concavità esterna, modellandosi sulla faccia interna della tonsilla, e l'estremità inferiore, rigonfia, spariva dietro la base della lingua allogandosi nel seno piriforme. In seguito ad un violento starnuto, sentì qualche cosa saltargli nella bocca e coll'aiuto dello specchio e del dito si accorse di tale neoplasia. Dopo qualche tentativo la rimandò indietro, e la molestia cessò. Da allora si è assuefatto, e ogni volta, che tossendo questo corpo pendente viene sulla lingua, lo respinge subito indietro e si nasconde nella gola, senza che l'infermo l'avverta. È un bell'esempio, dice Bèco, di tolleranza in una regione donde partono tanti riflessi.

Con l'esame obbiettivo, la ispezione e la palpazione mediante il dito o la sonda, ci facciamo una idea esatta del tumore, della sua sede, del volume, della consistenza, e confortati dagli altri criterii clinici anche della sua natura. A confermare la quale, ci è di grande ausilio l'esame istologico di pezzetti asportati a bella posta.

La prognosi di tali tumori, in generale, è benigna; riservata in quei casi nei quali si producono accessi di soffocazione, potendo il tumore peduncolato immettersi nell'adito laringeo e rimanervi, obbligandoci a ricorrere ad una tracheotomia di urgenza.

La cura consiste nell'asportazione della neoplasia. Quando

essa è peduncolata e bene isolata, riesce facile l'ablazione con le forbici, le pinze taglienti, e meglio con l'ansa galvanica, anche quando il tumore occupa porzione della tonsilla o tutto; potendo in simili casi ricorrere, eziandio, allo spezzettamento con la pinza di Hartmann o alla tonsillotomia.

Ecco, in poche parole, la storia dell'inferma e la descrizione dei preparati istologici del tumore.

Angela R., di a. 50, da Napoli, maritata, con figli, si presenta all'Ambulatorio il 2 Marzo del corrente anno, accusando molestie alla gola e richiamando l'attenzione sulla tonsilla sinistra che essa credeva aumentata di volume.

Donna di buona costituzione fisica, non ha sofferto pel passato malattie degne di nota, nè si è contagiata di sifilide; è andata soggetta solamente a frequenti mali di gola, che duravano 3-4 giorni.

Tali angine erano intercorrenti, ripetentisi ad intervalli di mesi; l'affliggevano per pochi giorni e poi tutto regrediva.

In seguito ad uno di tali riacutizzamenti, che si verificò 7 mesi or sono, si accorse che la tonsilla sinistra pareva ingrossata, e credendo ciò un effetto del catarro, non vi pensò oltre.

Però, 15 giorni prima di farsi visitare da noi, ebbe un novello attacco di angina per 5-6 giorni, dopo il quale notò la tonsilla sinistra ancora più grossa, per cui richiese il consiglio dello specialista.

All'esame diretto della gola si rilevano: note di faringite cronica con lieve rossore delle fauci; tonsille appena sporgenti dai pilastri; sulla tonsilla sinistra, in corrispondenza del polo superiore, si nota un tumore, isolato, peduncolato, a base larga, lungo 3 cm. circa, appiattito nel senso antero-posteriore, a concavità inferiore, a forma di mezza luna, mentre il margine libero superiore convesso fa un angolo arrotondito col punto di impianto.

La forma di tutto il tumore può rassomigliarsi ad un becco d'aquila (v. fig. 1ª).

È indolente, di colore roseo sbiadito, da risaltare sul colorito più rosso delle parti vicine, ed ha una consistenza abbastanza dura.

Null'altro di anormale nell'istmo delle fauci; laringe sana. Non vi sono ingorghi delle glandole linfatiche prossimiori, nè alcun disturbo funzionale.

L'aspetto del tumore, l'indolenza, il decorso, e l'assenza di adenopatie ci fecero ammettere la diagnosi di neoplasia beni-

gna della tonsilla sinistra, e che si trattasse di un fibroma, per cui si propose all'inferma l'asportazione.

Il giorno 5 Marzo, il Prof. Massei, previa disinfezione e cocainizzazione della parte, con un ansa galvanica riuscì a circondare il tumore, a livello della base d'impianto, ed ad includere nell'ansa quanto più poteva di tessuto tonsillare sano.

In tal modo il tumore venne asportato intero con tutto il peduncolo, senza emorragia.

Si prescrissero dei gargarismi antisettici, e l'inferma, in pochi giorni, guarì perfettamente.

Il pezzo appena tolto fu messo in alcool assoluto, e dopo i varii passaggi per la serie degli alcool, venne incluso in paraf-

Fig. 1.

fina, e poscia, coi soliti metodi di colorazione, io ne feci divers preparati istologici.

Dall' esame dei quali risulta che la struttura del tumore è completamente differente se osservato verso il suo peduncolo o verso il suo estremo libero, poichè nel primo punto si nota semplicemente la struttura di una tonsilla iperplastica, rilevabile dall'aumento in volume dei follicoli linfatici e dall' accumulo negli spazi inter-follicolari di leucociti.

Un tale aspetto finisce gradatamente a seconda che il tumore perde i rapporti di aderenza con la tonsilla, cui appartiene.

Il tessuto poco per volta si modifica in fibroso piuttosto compatto, ed i follicoli, in limitatissimi punti, si riducono a così poca cosa, da sembrare come una infiltrazione leucocitaria circoscritta.

Ciò che rimane è fibroma nel vero senso della parola; però qui si tratta di un *fibroma telangectasico*; caratteristica dovuta alla dilatazione delle vie linfatiche, che, come è noto, abbondano in tale tessuto (v. fig. 2.)

Fig. 2.

Si tratta di semplici ectasie, certe volte assai pronunziate, dei linfatici, nei quali è contenuta, dovunque, linfa.

Mancano le neoformazioni vasali, come pure sono scarsi i vasi arteriosi, alcuni dei quali si presentano pure dilatati.

Il tessuto tonsillare, oltre ad osservarsi nel punto già detto, forma come una benderella sotto-epiteliale, appiattita, continua.

Il rivestimento epiteliale stratificato è integro su tutta la superficie del tumore, senza presentare avvallamenti che potessero ascriversi a residui di cripte.

Cosicchè l'esame istologico ha pienamente confermata la nostra diagnosi clinica di tumore benigno della tonsilla sinistra, e quella, istologica, di fibroma.

Napoli, Novembre 1900.

BIBLIOGRAFIA

(1) Duchaussoy — (Bull. de la Soc. anat. Paris, 1853).
(2) Eve (P. F.) — Removal of a fibrous tumour from the tonsil (Nashville med. and surg. Journ. VII. 12. 1854).
(3) Curling — (The Lancet, London t. I. 1858).
(4) Julia — Polype des amygdales (Gaz. des hôpit. Paris, 1863).
(5) Bourdon — Fibrome de l'amygdale (Bull. Soc. anat. de Paris, 1872).
(6) Delavan — Specimen of fibroma of the tonsil (Med. Record. New-York, 1882).
(7) Masse — Polype fibro-muqueux de l'amygdale gauche ecc. (Bull. et Mém. Soc. de chir. de Paris, 1885).
(8) Rivière — Un cas de polype pédiculé de l'amygdale (Ann. des malad. de l'oreille etc. Paris, 1889).
(9) Bottini — Fibro-encondroma (Gazz. degli ospit. Milano, 1886).
(10) Lublinski — (Centralbl. f. Chir. 1888).
(11) Lefferts — Immense fibroid tumor of the tonsil. (Tr. Am. Laryngol. Ass. 1889. New-York, 1890).
(12) Lannois — Note sur un polype pédiculé de l'amygdale (Lyon méd. 1888).
(13) Koch — Sur un cas de polype amygdalien (Ann. des mal. de l'oreille, du larynx etc. Paris, 1888).
(14) Lefour — Polype fibreux de l'amygdale etc. (Journ. de méd. Paris, 1891).
(15) Peiser — Tumeur pédiculé de l'amygdale (Ann. des mal. de l'oreille etc. Paris, 1896).
(16) Gevaert — Deux cas de fibrome de l'amygdale (Belg. méd. 1896).
(17) Waterman—Tumorsof the tonsils (Med. Am. surg. Reports. Philadelphia, 1895).
(18) Ardenne — Tumeurs bénignes de l'amygdale. (Révue hebdomadaire de Laryng. Otol. et de Rhinol. N.° 8, Paris, 1897).
(19) Béco — Fibrome de l'amygdale. (Bulletin de la Société Belge de Oto-Rhino-Laryngologie; 4° anno, 1899).
(20) D. Hang — Lipo-myxo-fibrom der Mandel (Arch. f. Laryngol. und Rhinol. Bd. I. Heft 2).
(21) Furet—Molluscum pendulum de l'amygdale. (Societé Franc. d'Otol. et de Laryng. Séance 3 Mai 1897.—Resumè de la Revue Hebdomadaire de Laryng., d'Otologie et Rhin., 1897).

Istituto di Laringojatria della R. Università di Napoli
diretto dal prof. Ferdinando Massei.

Angioma papillomatoso ed angioma semplice delle tonsille palatine

Nota del dott. GIULIO MARTUSCELLI, Preparatore

La descrizione dei casi di tumori benigni delle tonsille è tuttora molto importante; sia perchè le osservazioni raccolte nella letteratura non ancora raggiungono una media elevata, sia perchè, sino a poco tempo fa, anche da valenti culturi della specialità si propendeva a non riconoscere la natura benigna di molti tumori delle dette glandole.

Così, per esempio, in occasione della comunicazione di Wiliam Hill alla Società Laringologica di Londra (10 nov. 1897) il Semon prese la parola appunto per far rilevare il grande interesse di avere le relazioni dettagliate di tutti i casi analoghi (si trattava di papillomi), osservati dai Colleghi, ed affermò che, sin qui, egli aveva seguito l'opinione generale secondo la quale non esisterebbero tumori benigni delle amigdale.

Di più, molti fra i tumori benigni, sono rari in questa sede; così gli angiomi, che formano oggetto della mia comunicazione.

Riesce inoltre di molto interesse il render noto ogni osservazione per poter stabilire anche la parte presa da ogni singola specie di benigna neoplasia nello aggredire le tonsille.

Premesse queste brevi considerazioni, fo seguire le storie degli ammalati ed i reperti istologici dei tumori asportati.

⁂

Verso il marzo 1900 si presentò al Prof. Massei, un tale, A.M. di anni 24, da Castellammare di Stabia, celibe. Affetto da cronica faringite da circa due mesi, si era accorto che, assieme ad una sensazione di corpo estraneo in corrispondenza della regione tonsillare sinistra, da questo punto veniva fuori sangue: un

tale fatto si ripetette più volte. Mai malato, di ottima costituzione, si impensierì molto della lesione e richiese l'intervento operativo. All'esame si notò un tumore della forma, grandezza e colorito di una gelsa mora; cioè ovoidale, leggermente lobulato, di colorito rosso-vinoso intenso. Invero non si impiantava sulla superficie libera della tonsilla; ma, quantunque pendente nella cavità orale, il suo peduncolo si insinuava nella fossetta sopra tonsillare, in guisa che pareva una tonsilla succenturiata. Tenuto conto della ricchezza sanguigna del piccolo neoplasma, rilevabile tanto per le pregresse emorragie quanto per il colorito, il Prof. Massei l'asportò con l'ansa di platino portata al rosso-ciliega mercè un accumulatore.

Niente emorragia alla operazione: l'ammalato fu tenuto sotto sorveglianza per circa un paio d'ore, e, dopo, rimandato a casa. La guarigione è stata rapida. Il tumore, spaccato per metà, era così pieno di sangue, che non fu possibile discernervi alcun che di struttura; ma si presentava dello aspetto di un grumo di sangue, assai tenace.

Procedendo all'esame istologico, noi rileviamo che il tumore è rivestito da epitelio pavimentoso, il quale in alcuni punti appare distrutto, a causa delle emorragie già notate. Inoltre, rinveniamo una enorme quantità di capillari neoformati, alcuni che decorrono addirittura sotto l'epitelio, formando delle anse che accompagnano e limitano esternamente l'estremo arrotondito delle papille; altri appaiono, quivi, in sezione trasversale, mentre altrove predominano quelli tagliati longitudinalmente. Tra le tante sezioni di vasi, rattrovasi un connettivo assai infiltrato da leucociti, tanto da dare al tumore un aspetto quasi sarcomatoso. In certi punti (limitati), gli accumuli leucocitari si dispongono in modo da ricordare, sebbene lontanamente, i follicoli della tonsilla. Come ci inoltriamo verso il centro del neoplasma, si modifica alquanto la sua struttura: dappoichè, questa porzione del tumore è formata esclusivamente da capillari e da sangue; cioè gli interstizii tra le sezioni vasali sono completamente occupati da eritrociti; gli uni accosto agli altri, sì da formare uno strato compatto, uniforme. Il sangue è ben conservato nei suoi elementi; soltanto in determinate parti, mostra l'incipiente disfacimento dei suoi corpuscoli: e siccome in questi punti si notano, più che altrove, gemmazioni vasali, è lecito ammettere che, per la forte pressione sanguigna, vi sia stata notevole migrazione di corpuscoli ematici, attraverso le pareti dei vasi, nel tessuto; che, in seguito, ne è venuto il loro disfacimento, il quale non è andato oltre, giacchè subito si è sta-

bilita l'organizzazione dei versamenti parenchimali, favorita dalla ricca rete capillare neoformata.

Come in quasi tutti i tumori simili, scarseggiano i vasi a tuniche complete: se ne rinviene qualcuno nel peduncolo. Di modo che la diagnosi, in questo caso, è di angioma puro della tonsilla, estrinsecatosi dalla fossetta sopra-tonsillare.

L'altra osservazione si riferisce ad una giovanetta di 14 anni, a nome di G. Maddalena, da Casandrino, perfettamente sana, nubile.

Venne al dispensario il 13 novembre scorso. Ella da circa cinque mesi aveva cominciato ad avvertire molestie alla gola e scialorrea; osservandosi ella stessa per puro caso, notò che sulla tonsilla di destra era comparso un tumoretto. All'esame, noi trovammo che il piccolo neoplasma, di colorito roseo, era bilobato, ed uno dei lobi era frastagliato come una verruca, raggiungendo la grandezza di un cece; mentre, l'altro, avea quella di una lente.

Ambedue si attaccavano, per comune e corto peduncolo, sulla tonsilla di destra, in corrispondenza della sua superficie libera, più sporgente.

Se però, nel caso precedente, la diagnosi clinica di angioma si imponeva immediatamente, quì, invece, a tutt'altro si dovette pensare che a tumore simile: non avendo nessun dato, nè pel colorito, nè per pregresse emorragie, nè per la sua forma, che la convalidasse. Dippiù, asportato con l'ansa rigida, si ebbe lievissima emorragia. Ed invece, proprio in questo secondo caso (contrariamente alla osservazione generale), si sono notati grossi e numerosi vasi, molto sproporzionati relativamente alla grandezza dei tumori.

Ecco l'esame istologico.—I lobi sono rivestiti da un epitelio più spesso del precedente, perfettamente conservato, mancando le emorragie parenchimali, sottoepiteliali. Il loro stroma è fibroso molle, con notevole fase iperplastica, alla periferia. Tutti i vasi sono a lume ampio, completamente zaffato da corpuscoli ematici. Le pareti dei vasi più piccoli lasciano osservare solo lo strato endoteliale; negli altri, più sviluppati, si discerne esattamente la muscolare. Verso il centro si notano alcuni versamenti di sangue, parenchimali. Parecchi vasi attraversano addirittura tutto il campo del microscopio, presentando numerose e rilevanti ectasie delle loro pareti. Poche le gemmazioni vasali. Nel mezzo dei tumori si notano gruppetti di ghiandole mucose.

⁂

Un primo particolare degno di rilievo è dato dal modo di comportarsi della superficie di rivestimento del primo tumore (1ª oss:). Su questa vi sono grosse prominenze, rivestite da epitelio, che si inseriscono quasi come tanti raggi al suo centro; ognuna delle quali, poi, al microscopio presenta varie papille pure rivestite da epitelio (più o meno conservato), che sono poco pronunziate. Così che il neoplasma assume un aspetto grossolanamente papillomatoso, rilevabile con una semplice lente da ingrandimento. Tale forma di tumore connettivale è abbastauza rara sulla tonsilla. In un lavoro comparso nel 1893 nei nostri Archivii, il Prof. Damieno, a proposito di un caso presentatosi nel nostro Ambulatorio, riferendo l'osservazione, riporta pure le analoghe da lui rinvenute nella letteratura. Egli giustamente osserva che, per quanto comune la forma papillomatosa sul palato molle e specialmente sull'ugola, per tanto è rara sulla tonsilla; fino al punto che il suo forma il 4.° o tutt' al più il 5.°, di quelli sino allora conosciuti. Egualmente Ardenne, nel suo studio sui tumori benigni delle tonsille, riporta tutta la letteratura sui papillomi conosciuti; questi, vengono, come frequenza, immediatamente prima degli angiomi, e sono assai lungi dal raggiungere la cifra dei fibromi.

William Hill, come ho già accennato, riferisce alla società Laringologica di Londra del 10 nov. 1897, su due osservazioni di papillomi; l' una appartenente ad un giovane di 24 anni, l'altra ad una donna di 22. Nell' istessa seduta, Wingrave e Wagget dicono di aver osservato casi analoghi; Butlin si ricorda di averne anche lui osservato due casi; così pure Jobson Horne su di un giovane a 19 anni e su di una donna a 48, e finalmente Macleod Yearsley, nel 1884 ne vide uno su di un ammalato di 45 anni.

Nel 1899 de Santi riferisce di un altro papilloma delle tonsilla. Quanto agli angiomi, Lejars nel 1891 riferisce sui polipi fibro-angiomatosi e linfo angiomatosi; Arslan nel 1896 descrive un papilloma ed un angioma; Magnan nel 1896 riporta un angioma (caso di Moure). Vi è poi la pubblicazione di un angioma fatto dall' Ardenne, il quale cita la comunicazione di Luc e quella di Baratoux che io non ho potuto riscontrare altrove

Però la combinazione di una forma papillomatosa con quella angiomatosa non è segnata nella letteratura; non dovendo confondere con questa la modalità telangettasica comune, piuttosto nei fibromi, e in genere, in tutti i tumori connettivali. Negli ammalati portatori di angiomi, da qualcuno (A r n o z a n, A r d e n n e) furono osservati fatti anormali al cuore; nei miei casi, queste lesioni sono mancate, assai probabilmente, per la piccolezza dei tumori. Qui tralascio di discorrere della sintomatologia dei tumori benigni delle tonsille, perchè già lungamente trattata da parecchi; A r d e n n e, per esempio, non si occupa di altro.

Istituto Anatomico della R. Università di Napoli

Studio sulla struttura della mucosa laringea nell' uomo

per il Dott. S. CITELLI

Assistente onorario alla Clinica Oto-rino-laringologica
di Torino e alla Sezione Otoiatrica del Policlinico generale

Nell' annunziare con questo titolo il mio lavoro, certamente o non ho la pretensione di voler dire cose del tutto ignote e di creare, quindi, un nuovo capitolo di Anatomia microscopica: difatti, ognuno sa che parecchie ricerche sono state fatte su questo tema, e in ispecie su speciali regioni di questa mucosa, come p. es. sulle corde vocali inferiori.

Mio precipuo intendimento, adunque, è stato appunto quello di volere esprimere il mio debole parere su qualche argomento ancora controverso, di rettificare all'uopo alcuni particolari microspici che, secondo il mio avviso, meritano di essere rettificati, e di richiamare l'attenzione degli studiosi su qualche regione, che sembra sia stata trascurata dai microscopisti.

Dopo ciò, incomincio col dire che io per mucosa laringea intendo la mucosa che riveste la faccia posteriore dell'epiglottide, la faccia interna delle pieghe ari-epiglottiche, le corde vocali superiori ed inferiori, il ventricolo di Morgagni, la mucosa aritenoidea e quella della regione ipoglottica. E poichè nello studiare tutte queste varie parti di mucosa ho potuto rilevare alcune differenze di struttura degne di nota, così ho creduto opportuno trattare ciascuna di esse separatamente.

Regione epiglottica. — In questa regione abbiamo da considerare: 1° lo strato epiteliale; 2° lo strato superficiale del corion; 3° lo strato profondo.

1° *Strato epiteliale.*—L'epitelio di questa regione da alcuni Autori (1) vien descritto come pavimentoso stratificato solo al

(1) Nicolas. — Organi respiratorii (Trattato di Anatomia normale di Poirier).

margine epiglottideo, da altri invece (1) come interamente piatto. A me pare di averlo trovato pavimentoso stratificato nella maggior parte della superficie: verso la parte più bassa, però, cioè a dire verso il picciuolo, l'epitelio per lo più si presenta cilindrico vibratile. Questo fatto l'ho riscontrato anche in qualche laringe di bambino di 1 anno, nella quale età pare prevalga l'epitelio cilindrico vibratile.

Nell'epitelio piatto, per lo più sono dimostrabili 3 strati: 1° uno profondo, di cellule cilindriche impiantate perpendicolarmente sul derma in modo da costituire quasi una palizzata; 2° uno medio, di cellule rotondeggianti o irregolarmente poliedriche; 3° uno superficiale, di cellule appiattite. Questo epitelio piatto suole mostrarsi più spesso in corrispondenza ed in vicinanza del margine libero dell'epiglottide, disponendosi così a passare nella faccia anteriore o boccale dell'epiglottide, ove l'epitelio si presenta costituito di un numero di strati più grande.

Il passaggio di cellule linfatiche attraverso l'epitelio di questa regione, come del resto possiamo dire di tutta la laringe, avviene come nelle altre mucose.

Pur avendo trovato un rivestimento epiteliale piatto così esteso, tuttavia non ho riscontrato presenza alcuna di papille, tanto meno a carattere dermoide. Ciò pare non risponda completamente a quanto crede Virchow, che cioè si debbano trovare papille sporgenti nell' epitelio, dappertutto ove si presenti epitelio piatto in qualche estensione e larghezza (2).

2° *Strato. Corion superficiale.*—Esso non mostra una membrana limitante sottoposta immediatamente all' epitelio; quindi. la membrana limitante che in generale si descrive come esistente in tutta la mucosa laringea qui manca.

Questo strato presenta un aspetto adenoide: si mostra cioè costituito da elementi rotondi, embrionali, più o meno abbondanti, con un reticolo molto tenue, di sottilissime fibrille, il quale è attraversato da capillari sanguigni e linfatici.

Alcuni autori, come p. es. Kanthack (3), affermano in generale sul proposito, che sotto l'epitelio laringeo si trova un reticolo adenoide con scarse cellule rotonde. Nicolas, Heymann (4) ed altri, invece, sostengono che l'infiltramento par-

---

(2) Testut. — Trattato di Anatomia.
(2) Heymann. — Trattato di laringologia.
(3) Jarbücher der Medicin von Schmidt - Anno 1891.
(4) Nicolas. V. sopra: Heymann—Virchow's Archiv Bd. CXVIII S. 320-348.

vicellulare in tutta la mucosa del laringe, pur essendo variabile nei diversi individui, è specialmente abbondante alla faccia laringea dell'epiglottide, anzi spesso vi si trovano veri follicoli adenoidi. A me pare che questo infiltramento leucocitario può essere più, o meno abbondante e fin' anco abbondantissimo in certi casi (come ho potuto vedere nell'epiglottide appartenente a un bambino di circa 2 anni); non mi è riuscito però mai di riscontrare, in laringi normali, dei veri follicoli chiusi. Solo in alcuni preparati ne ho visto qualche accenno vicino al margine libero dell'epiglottide, il quale, del resto, suole presentarsi, in genere, più ricco in elementi linfoidi che non il rimanente della regione.

Troviamo, in ultimo, in questo strato, fibrille elastiche provvenienti dallo strato elastico profondo, di cui fra breve dovremo occuparci.

3° *Strado profondo* — In questo strato incontriamo una grande quantità di ghiandole acinose (ghiandole aggregate anteriori di Luschka) (1). Esse sono molto più numerose nella metà inferiore di questa regione, e un gruppetto degno di nota si presenta pure alla faccia anteriore del picciuolo epiglottideo, nello spazio cioè tiro-io-epiglotttico. La parte alta dell'epiglottide, secondo dice Heymann, suole essere sprovvista di ghiandole, ciò non toglie però che vi si possano riscontrare anche parecchi acini ghiandolari. Ma il fatto speciale, su cui intendo richiamare tutta l'attenzione, si è appunto, che le ghiandole della faccia anteriore dell'epiglottide si continuano in certi punti, attraverso fori che si scavano nella cartilagine, con quelle della faccia laringea; altre sono addirittura innicchiate nella cartilagine medesima; altre infine, ciò che è più importante, hanno i loro acini ghiandolari posti anteriormente alla cartilagine, mentre il loro condotto escretore, abbastanza lungo, arriva, traversando la cartilagine, alla faccia posteriore, alla cui superficie va a sboccare. Questo succede più spesso nella metà inferiore dell'epiglottide, come ho potuto osservare in parecchie laringi, ma specie in una appartenente ad un bambino di circa 1 anno.

In questa, mercè tagli in serie, ho potuto seguire il passaggio del condotto attraverso la cartilagine, fino a poter vedere in una sezione il condotto escretore, appartenente a tre acinetti ghiandolari esitenti al di là della cartilagine, traversare questa ed andare a sboccare alla faccia laringea (v. Tav. I. fig. I).

---

(1) Luschka — Der Kehlkopf des Menschen 1871

Degno di rilievo è anche il rapporto che presentano queste ghiandole con il tessuto elastico molto abbondante in questa regione.

Il robusto involucro pericondrico che attornia la cartilagine epiglottide è molto ricco in elementi elastici disposti in tutte le direzioni a guise di feltro (1).

Da esso si partono, posteriormente, verso lo strato ghiandolare, tramezzi e zaffi elastici, i quali penetrano tra le varie ghiandole, si anastomizzano variamente tra di loro, in modo che una o parecchie ghiandole se ne trovano accerchiate ed incastonate. Da queste cornici o cercini perighiandolari, si partono, sia internamente, che esternamente, delle sottili fibrille. Le interne, diramandosi in vario modo si distribuiscono tra i vari acini o tra una ghiandola e l'altra: delle esterne, invece, le più sottili arrivano allo strato superficiale del derma, le più robuste si dirigono lateralmente per unirsi con quelle delle altre areole elastiche.

In questo strato troviamo anche sezioni di vasi e di nervi di un certo calibro, i quali sogliono essere più vicini alla cartilagine ed al margine che alla superficie e al picciuolo. Qualche nervo traversa la cartilagine, come ho potuto vedere in un preparato, in cui la sezione trasversa di un nervo si trovava incapsulata dal tessuto cartilagineo.

Piega ari-epiglottica — Quasi tutti gli autori che si sono occupati microscopicamente della mucosa laringea, hanno trascurata questa regione o ne hanno parlato in un modo abbastanza incompleto. Quello, difatti, che sappiamo sul riguardo si è:

1° che l'epitelio della faccia laringea di essa piega è piatto solo sul margine o poco discosto da esso; 2° che lo strato più superficiale del derma, molto lasco, si presenta abbastanza ricco in elementi linfoidi od in follicoli chiusi; 3° che lo strato più profondo, anch'esso lasco, possiede ghiandole in abbondante quantità.

Volendo io studiare tutta la mucosa che riveste il laringe, specie perchè molti processi patologici solo allora si possono ben comprendere quando è noto per bene lo stato anatomico normale della regione affetta, mi occuperò anche di questa parte nel modo che mi riuscirà migliore.

---

(1) Guerrini — Sulle fibre elastiche delle vie respiratorie superiori — Giornale R. Accademia medica di Torino 1898, N. 1-2. p. 33-53.

Prima di tutto, per intenderci, comincio coll'assegnare brevemente i limiti a questa regione, e coll'esporre l'indirizzo che io intendo seguire nel trattamento di essa.

La piega ari-epiglottica è una piega quadrangolare o, come credo sia detto meglio, rettangolare. Essa, difatti, presenta due lati verticali più lunghi, e due orizzontali più corti. Dei primi, l'anteriore corrisponde al margine laterale dell'epiglottide, il posteriore al margine esterno o laterale dell'aritenoide corrispondente. Dei due ultimi l'uno, il superiore, è libero, l'altro, l'inferiore, la limita dalla corda vocale superiore. Nella sua spessezza vicinissimo al lato posteriore, questa piega presenta la cartilagine di Wrisberg, la quale è separata dalla cartilagine aritenoide dal così detto *filtro*, che è formato dalla parte estrema posteriore della piega medesima.

Io qui mi occuperò della parte anteriore di questa piega, cioè della massima parte di essa (circa i $^4/_5$); vale a dire di quella porzione compresa tra il margine epiglottideo e la cartilagine cuneiforme. Quella piccola porzione posteriore, che tappezza la cartilagine di Wrisberg e forma il filtro, la tratterò insieme alla regione aritenoidea, per le ragioni che esporrò a suo luogo.

Gli strati che qui si presentano al nostro studio sono gli stessi che nella regione epiglottica.

1° Epitelio — L'epitelio si presenta piatto, stratificato per lo più fino al di là della metà in altezza della piega medesima. In vicinanza degli sbocchi ghiandolari, l'epitelio piatto va mano, mano divenendo più alto, per continuarsi con quello cilindrico dei dotti medesimi.

Gli sbocchi ghiandolari non si trovano sparsi ugualmente su tutta l'estensione della piega, ma abbondano in vicinanza del margine epiglottico e vicino la cartilagine cuneiforme, mentre la parte intermedia ne suole presentare molto pochi, o niente addirittura. Questo fatto sta in corrispondenza con quanto dirò a proposito della disposizione delle ghiandole.

2° strato. — Derma superficiale. — Anche qui il corion manca di membrana limitante e di elevazioni papillari alla superficie, se togli che in alcuni casi se ne può vedere qualche accenno solo sul margine libero.

In questo strato sogliono essere scarsi gli elementi linfoidi, quantunque non si possa negare che in qualche laringe questi possano mostrarsi discretamente abbondanti. — Veri follicoli adenoidi per lo più non ne ho trovati; se ne può osservare qualche accenno in corrispondenza dei punti in cui abbondano le ghiandole e i condotti ghiandolari.

Questo strato si presenta molto lasco; donde i facili e rapidi edemi collaterali infiammatorii, e donde l' insorgere di ciò che impropriamente vien detto *edema della glottide*, mentre dovrebbe chiamarsi *edema del vestibolo laringeo.*

Tra i molti spazii che si trovano in mezzo alle scarse fibre connettivali, ve ne sono alcuni che si vedono tappezzati da un endotelio e che evidentemente sono lacune linfatiche. Riscontriamo oltre a ciò sezioni di capillari, di vasi arteriosi e venosi e di nervi.

S'incontrano, infine, sezioni più o meno oblique di fibre muscolari striate, le quali in certi punti arrivano a spingersi fin sotto all'epitelio.

3° *Strato profondo* — Si presenta anch' esso un po' lasco, però meno assai di quello soprastante. In esso si notano pure, oltre vasi e nervi, delle fibre muscolari striate più abbondanti, le quali, come quelle sopra ricordate, appartengono al muscolo ari-epiglottico, costrittore del vestibolo. Tutte queste fibre muscolari sono più vicine al margine libero o superiore che all'inferiore o cordale.

Quello che vi ha d'importante, poi, in questo strato si è la presenza di ghiandole, le quali, come ho detto a proposito dei condotti escretori, sogliono mostrarsi abbondanti al lato di confine anteriore e vicino alla cartilagine di Wrisberg. Nella parte intermedia le ghiandole o sono scarsissime, o mancano addirittura.

Avendo fatto, infine, la ricerca per le fibre elastiche col metodo Weigert, ho potuto vedere che queste sono pittosto scarse. Ho riscontrato in sezioni orizzontali con una certa costanza, specie in laringi di bambini di circa 1 anno, due fascetti che partendo dal lato epiglottico si dirigono indietro verso quello aritenoideo; però non lo raggiungono, perchè si spengono quasi verso la metà anteriore della piega medesima.

Corda vocale superiore. — La corda vocale superiore rappresenta essenzialmente una piega della mucosa, che serve, in certo modo, come bene fa rilevare Heymann (1), a procurare spazio sufficiente per la grande quantità di ghiandole che essa si contengono.

Essa presenta a considerare 2 facce e 2 margini: una faccia, cioè, interna o laringea, che guarda la cavità del laringe, ed

(1) Trattato di Laringologia.

una faccia esterna. La 1ª è completamente libera; la esterna, invece, aderente per la metà posteriore, circa, alla parete laterale del laringe, diviene libera nella metà anteriore, ove forma la parete interna della porzione verticale del ventricolo di Morgagni. Dei 2 margini, il superiore limita inferiormente la piega ari-epiglottica; nell'inferiore dobbiamo distinguere 2 labbra ed un interstizio. Il labbro interno, libero per tutta la sua estensione, è rotondeggiante, ottuso; l'esterno, come la faccia esterna, è aderente nella metà posteriore, libera nell'anteriore,

Questa regione, dalla superficie alla profondità, si presenta costituita dai seguenti strati:

1º Epitelio — Anche per questa regione debbo in qualche modo ripetere ciò che ho detto sul riguardo per quelle precedenti. Si dice, difatti, da alcuni, che la falsa corda sia interamente rivestita da epitelio cilindrico vibratile; secondo altri, vi sarebbe una strettissima striscia di epitelio piatto solo in corrispondenza del suo margine inferiore. A me è riuscito osservare in parecchie laringi, e specie in una appartenente ad un bambino di un anno e mezzo, che la zona di epitelio piatto suole essere più estesa. Anzi, nel caso citato, l'epitelio piatto, oltre a ricoprire tutto il labbro interno libero ed un poco anche l'interstizio, tappezzava quasi la metà della faccia laringea della corda.

Questo epitelio piatto suole essere costituito di 3 strati, come abbiamo visto per le regioni precedenti: in certi punti, però, ed in certe laringi, si può presentare costituito di un numero maggiore di strati. Il resto della superficie di questa regione è rivestito di epitelio cilindrico vibratile.

Spesso ho potuto notare anche qui in mezzo alle cellule dell'epitelio, sia piatto che cilindrico, leucociti migrati certamente dallo strato superficiale del derma: non ho riscontrato mai *Mastzellen*.

2º Membrana limitante—In questa regione pare incominci a comparire una membrana limitante, quantunque non sia nè molto spessa, nè completa.

Essa si colora in bleu col metodo Weigert per le fibre elastiche, quindi è di natura elastica. A debole ingrandimento sembra del tutto anista, a forte ingrandimento si può intravedere una struttura delicatamente fibrillare.

3º Corion superficiale — Questo strato presenta in genere in tutta la estensione un aspetto citogeno; in certi punti determinati suole mostrare dei veri follicoli adenoidi, variamente numerosi e variamente grandi: essi, quando confluiscono insie-

me in parecchi, formano delle figure allungate di tessuto linfoide.

Questi follicoli e queste formazioni linfoidi allungate sono traversati da numerosi capillari sanguigni sui quali il sottile reticolo prende quasi un punto di appoggio.

I follicoli appunto, come Coyne (1) ha rilevato per il primo, si trovano in numero di due, tre per sezione, sul margine inferiore della corda, e più numerosi (3-5) nella parte libera della faccia esterna, cioé sulla parete interna dell'infundibulo del seno di Morgagni. Essi profondamente sono separati dalle masse ghiandolari da una linea abbastanza netta in massima parte di natura elastica.

In questo strato riscontriamo inoltre dei sottili filamenti elastici che in certi punti formano un involucro delicato ad alcuni follicoli, e dei numerosi condotti ghiandolari che lo traversano in vario senso per andare a sboccare sul margine inferiore e su tutte e due le facce di questa corda.

4° Strato profondo — È costituito essenzialmente da ghiandole in massima parte acinose, le quali, specie posteriormente, occupano quasi tutta la spessezza della corda. Più in avanti, lo strato ghiandolare unico pare si divida in due parti, di cui il gruppo superiore nel mezzo diviene più scarso e superficiale per andarsi a perdere poco, a poco in avanti, ove sbocca nella cavità dell'infundibulo. Il gruppo inferiore, invece, serve a lubrificare con il suo secreto il tetto del seno di Morgagni, o più precisamente il margine inferiore della corda. Anch'esso dal centro della corda vocale diviene poco, a poco più piccolo, in modo da formare nel terzo anteriore uno strato continuo di piccole ghiandole.

Esiste perciò tra i due gruppi, incominciando press' a poco verso il centro, uno spazio più libero di ghiandole, spazio che va allargandosi in avanti.

Il resto del tessuto profondo della corda è costituito principalmente da fibre elastiche, su cui vorrei intrattenermi un poco.

La corda vocale superiore si presenta molto più ricca in tessuto elastico, che non la regione epiglottica. Questo tessuto ha un rapporto molto intimo con il tessuto ghiandolare, e ciò sia per quantità, che per disposizione. In riguardo alla quantità, possiamo dire in genere che questa è in ragione inversa del tessuto ghiandolare; e come tale pare sia più abbondante in avanti, dove le ghiandole appaiono più piccole e meno stivate,

(1) Coyne — Archives de Physiologie, 1894.

che indietro, dove appunto succede il contrario. In quanto alla disposizione, vediamo che in sezioni frontali questo tessuto forma come tante trabecole di struttura chiaramente fibrillare, le quali, incrociandosi tra loro in vario senso, vengono a limitare degli spazii areolari, dentro i quali si annidano le masse ghiandolari.

Si direbbe quasi, guardando una sezione frontale di questa regione trattata col metodo Weigert (v. Tav. II. fig. II), che il tessuto elastico forma come tante cornici entro cui sono inquadrate le ghiandole. Forse questa disposizione avrà un significato fisiologico importante per la funzione ghiandolare, quando si pensa alla grande abbondanza di ghiandole in uno spazio così limitato e in un tessuto del resto piuttosto lasco.

Dalle trabecole perighiandolari si dipartono, come abbiamo visto per l' epiglottide, delle fibre interne, che si diramano attorniando i singoli acini ghiandolari, e delle fibre esterne di discreta grossezza che vanno allo strato superficiale del corion. Quivi le fibre elastiche attorniano i condotti escretori che attraversano quest'ultimo strato, e formano al disotto della membrana elastica basale un intreccio abbondante di fibre, le quali in certi punti si dispongono in modo da formare delle arcate, che sogliono essere più appariscenti ove lo è meno la membrana basale.

Oltre al tessuto elastico, troviamo tessuto connettivo piuttosto lasco, il quale serve da sostegno alle ghiandole, ma specie ai vasi della regione.

Ho riscontrato raramente sezioni di nervi, mentre, specie in avanti e un po' in alto, si incontrano sezioni di fibre muscolari striate, che pare appartengono al muscolo tiro-membranoso (Testut).

Infine, come ultimo costituente di questo strato si possono trovare, specie negli adulti, delle zolle adipose di discreta grandezza, le quali sono più appariscenti indietro e verso la parete esterna.

Corda vocale vera. — Fra tutte le parti che costituiscono la mucosa laringea, è appunto questa la regione su cui si son fatti il maggior numero di lavori, e che ha destato le più grandi controversie.

Si incominciò a studiar bene microscopicamente fin dal 1874, quando Coyne publicò il suo pregevole lavoro sulla mucosa laringea. Dopo di lui molti si sono occupati dell'argomento, e

noto tra questi, fra i moderni, Reinke, Friedrich, Stieda, Heymann, Benda e principalmente poi Kanthack e B. Fränkel.

I risultati di tutte queste ricerche, però, sono stati tutt'altro che concordi: e mentre Kanthack, p. es, non crede ci siano in questa corda vocale (Stimmband ovvero Stimmlippe dei Tedeschi) nè papille, nè ghiandole, la maggior parte degli altri, con a capo B. Fränkel, fanno descrizioni minuziose e svariate delle une e delle altre. Sono stati appunto questi i soggetti di una lunga polemica scientifica tra Fränkel e Kanthack, controversia la quale è stata dibattuta sia in parecchi congressi, sia in molte riviste scientifiche, come si può benissimo rilevare dagli Archivii di Virchow e dagli Archivii di laringologia e rinologia di Fränkel. Dopo tanto polemizzare, tuttavia, la questione è tutt'altro che risolta, e anche recentemente (1898) è comparso negli Archivi di Fränkel un lavoro di Eichler, in cui questo autore si domanda se esistono o no ghiandole nelle vere corde. Ad ogni modo, però, pare che tanta disparità di opinioni sia dovuta ad un modo diverso di concepire le cordi vocali. Mentre, difatti, Kanthack intende con questo nome solo il legamento elastico, Fränkel e molti altri comprendono tutto quel corpo prismatico triangolare che sporge dalla superficie laterale del laringe.

Volendo anch'io fare una descrizione di questa regione conforme al concetto che me ne son formato studiando i miei preparati, comincio da stabilirne brevemente i limiti, tanto per intenderci meglio su quanto andrò a dire.

Sotto il nome di corda vocale vera, d'accordo con la massima parte degli anatomici, comprendo quel corpo prismatico triangolare, che sporge dalle pareti laterali della laringe, sporgenza limitata in alto, dalla mucosa che forma la parete esterna del ventricolo di Morgagni, in basso, da quella che forma la regione ipoglottica.

In essa possiamo considerare tre facce e tre margini.

Delle tre facce, la superiore è libera e forma il pavimento del ventricolo di Morgagni; la infero-interna è anch'essa libera e si continua in basso con la regione ipoglottica; la esterna, insieme ai due margini supero-esterno e inferiore, è aderente e fa un tutto unico con la parete laterale del laringe.

Dei tre margini ne conosciamo di già 2; ci resta a dire qualche cosa del più importante tra loro, cioè del margine supero-interno o libero, altrimenti detto labbro della glottide, perchè insieme a quello dell' altro lato limita l' apertura glot-

tidea. Questo margine, che all'immagine laringoscopica appare aguzzo, tagliente, alla sezione non si mostra tale. Difatti, nei varii tagli frontali della vera corda, il margine libero suole apparire come un angolo piuttosto rotondeggiante, in modo che, prima di passare nella faccia infero-interna o laringea, presenta un tratto quasi verticale, il quale è variamente lungo nelle diverse laringi. A questo proposito mi piace ricordare una impressione del Fränkel (1), il quale crede che questo tratto verticale diventa tanto più piccolo, per quanto più la corda vocale tagliata si trova in posizione di fonazione, vicina cioè alla linea mediana.

Anteriormente le vere corde terminano all'angolo rientrante della cartilagine tiroide, ove secondo alcuni, esisterebbe una cartilagine sesamoide, e perciò Fränkel nomina questo estremo parte sesamoidea delle corde vocali.

Per il limite posteriore, esistono anche delle discrepanze: e mentre alcuni, con a capo Bruns, Virchow, B. Fränkel, fanno arrivare questa corda vocale fino al corpo della cartilagine aritenoide, comprendendo come parte costitutiva della estremità posteriore il processo vocale della cartilagine aritenoide in tutta la sua lunghezza, altri la fanno arrestare all'estremo anteriore od apice del processo vocale.

Io seguo l'opinione dei primi per 2 ragioni: l'una anatomica, l'altra funzionale. Il modo di vedere, difatti, degli ultimi, come giustamente fa osservare Fränkel, costituisce un vero errore anatomico, appunto perchè il muscolo tiro-aritenoideo interno si attacca con una parte delle sue fibre indietro, nella fovea centrale della cartilagine aritenoide; il legamento tiro-aritenoideo si attacca parimenti con alcune fibre mediane fino al corpo delle cartilagini aritènoidi, ed inoltre infuori fino alla cartilagine cricoide. In quanto alla 2ª ragione, mi piace fare osservare che il nome di corda vocale vera ad essa dato per la funzione da tutti risaputa di queste pieghe, cioè a dire la fonazione, ci obbliga a comprendervi anche la parte posteriore, corrispondente a tutto il processo vocale; perchè la porzione compresa tra l'apice e la base del processo vocale, circa i $^{1}/_{4}$ di tutta la corda, ha anch'essa una parte importante nella fonazione. Basta, difatti, avere osservato i disturbi fonatorii che si hanno nella paralisi isolata degli interaritenoidei, che appunto hanno il solo incarico di portare sulla linea mediana la parte della corda corrispondente a tutto il processo vocale,

(1) Archiv für Laryngologie und Rhinologie Bd. I. Heft. I. S 1-24.

per portare la convinzione che quest'ultima porzione rappresenta chiaramente la sezione posteriore della vera corda.

Ed ora, dopo essermi spiegato su ciò che io intendo per corda vocale vera, potrò procedere con minori difficoltà e con maggior chiarezza alla esposizione della parte puramente microscopica.

Nella corda inferiore abbiamo da considerare gli stessi strati che nella corda superiore; cioè a dire: l'epitelio, la membrana limitante, lo strato superficiale del corion e lo strato profondo.

1° strato. Epitelio — Comunemente si descrive l'epitelio di questa regione come pavimentoso stratificato solo sul margine della corda e nelle strette sue vicinanze; cilindrico vibratile nel resto. Io ho potuto constatare che nella faccia superiore l'epitelio pavimentoso si estende fino alla metà circa della sua larghezza, e nella faccia infero-interna si protrae ancora per quasi un centimetro dal margine libero. Anzi, in due laringi, una di bambino e una di adulto, ho notato che l'epitelio piatto si estendeva su quasi tutta la faccia infero-interna della corda, e si avea in questa faccia solo in basso una striscia molto stretta di epitelio cilindrico vibratile, il quale si continuava con quello anche cilindrico vibratile della regione ipoglottica,

L'epitelio piatto nella vera corda suole essere formato di 2 soli strati di aspetto piuttosto cuboide; più appiattito però lo strato superficiale.

Sullo strato epiteliale si vedono, al solito, degli sbocchi ghiandolari, sia in corrispondenza della faccia ventricolare, che di quella infero-interna.

La superficie dell'epitelio piatto, che è liscia e senza nessun ondeggiamento a livello del margine libero e poco più sotto, si può presentare, nella faccia superiore, specie posteriormente, non del tutto uniforme, ma con leggiere sporgenze e solchi.

2° strato. Membrana limitante.—Immediatamente al disotto dell'epitelio si trova una membrana in apparenza anista, la quale si presenta abbastanza netta e suole occupare tutta la faccia superiore e la infero-interna della corda. Nelle sezioni trattate con i metodi comuni di colorazione, essa rimane quasi incolore; trattata invece con il metodo Weigert per le fibre elastiche assume, come tutti i tessuti elastici, il colore bleu scuro caratteristico. Studiata a forte ingrandimento, si vede che non è anista, ma presenta una struttura fibrillare.

Questa membrana limitante segue in corrispondenza del margine libero le irregolarità che presenta la regione papillare. Essa è molto spessa verso la parte media del margine libero,

più sottile in corrispondenza della parte esterna della faccia superiore e dello estremo inferiore della faccia infero-interna.

3° strato — Corion — Questo strato presenta in genere un aspetto adenoide con scarse cellule rotonde. Nella parte esterna, però, della faccia ventricolare, questi elementi rotondi spesso divengono così numerosi, da costituire dei veri follicoli chiusi. Questi follicoli si notano con maggior frequenza indietro e anche verso l'estremo anteriore; in una sezione frontale se ne possono contare 2-3 al massimo.

La importanza maggiore di questo strato consiste nella configurazione speciale che assume la sua superficie in certi punti, ove forma la così detta regione papillare. Ed eccoci adesso giunti alla prima delle due quistioni tanto dibattute sulla struttura delle corde vocali vere.

Rheiner (1), difatti, dice a questo proposito che la laringe in nessuna parte possiede traccia di corpo papillare; Kölliker ne indica appena la esistenza, e Luschka crede di trovarle diffuse in tutta la laringe. Tra i moderni, poi, neppure Kanthack ammette l'esistenza di papille nella corda vocale vera: all'opposto, da altri autori la presenza di papille in questa corda viene descritta come costante.

La prima menzione dettagliata di questo fatto la troviamo nella segnalata monografia di Coyne del 1874. In essa l'autore descrive papille, le quali si estendono dalla parte più mediale della faccia superiore della corda, al margine libero ed alla faccia inferiore di essa. In tutto, secondo lui, si troverebbero 18 a 25 papille, di cui 3-4 superiori e 2-3 al margine libero; le altre, numerose ma meno sporgenti, si troverebbero alla faccia infero-interna. Egli crede, infine, di potere avvicinare queste papille, per la forma, a quelle che si trovano alla faccia palmare delle dita, quantunque di dimensioni più piccole.

Tra gli autori tedeschi si trovano menzionate le papille da Krause (2), J. Gottstein (3), Waldeyer (4), Stöhr (5); e tra i più recenti: B. Fränkel, Heymann, Benda (1), Friedrich e Reinke (2) ecc. ecc.

Fränkel, che tra i moderni ne ha fatto uno studio detta-

---

(1) Virchw's Archiv. Bd. V. S. 561.
(2) Handb. der Anatomie. 1876 I. p. 197
(3) Krankh. des Kehlkopfs. 1884 S. 7 — 1893 S. 10.
(4) Verband d. Berlin Med. Gesellschaft v. 27 Juli 1887; Berl. Klin Wochensch S. 112.
(5) Histologie 1889. S. 171.

gliato, dice che abitualmente esse cominciano sotto il margine libero ed accompagnano per un tratto la superficie inferiore della corda. Esse mostrerebbero la importante proprietà di essere evidenti solo su tagli frontali; quindi, secondo lui, avremmo a fare non con papille coniche o digitate, come afferma C o y n e, ma con vere liste (*Leisten*).

Queste liste correrebbero parallelle al margine libero della corda vocale, ed avrebbero una disposizione rispondente alla funzione di fissare l' epitelio allo strato basale.

Io, dal canto mio, debbo dire che la sede e l' aspetto della regione papillare così come la descrive C o y n e mi pare rispondano al vero nei bambini di pochi anni (1-3), su cui appunto fece le sue ricerche il C o y n e. Nei bambini, infatti, in cui il margine libero della vera corda è più tagliente per il poco sviluppo della mucosa e del muscolo tiro-aritenoideo sottostante, lo sviluppo più importante della regione papillare si ha precisamente in corrispondenza del margine libero e nelle parti più vicine ad esso della faccia superiore e infero-interna della corda: quindi mi sembra esatto quanto il C o y n e afferma circa le dimensioni, il numero e la disposizione di esse. A tal uopo potrei presentare sezioni frontali di corda vocale inferiore appartenente ad un bambino di 9 mesi, le quali riproducono precisamente la figura che riporta il C o y n e

Altrettanto non posso dire per le laringi di adulto. In queste la regione papillare si mostra più estesa; e la fig. III della tavola II, che è lo specchio fedele di alcuni miei preparati, mostra che le papille, per lo più piccole, cominciano a comparire alla metà circa della superficie superiore della corda, e si continuano sempre tali fino al principio del margine libero. Raggiungono poi il loro più completo sviluppo ed acquistano un aspetto più caratteristico nella porzione quasi verticale del margine, terminando infine all' inizio della faccia infero-interna.

Quelle che si presentano alla faccia superiore sono, come ho detto, più piccole e offrono una immagine meno regolare, appunto perchè in essa, specie nelle sezioni posteriori, capita lo sbocco di parecchi condotti ghiandolari. L' epitelio anche in queste papille si presenta stratificato piatto; però non con su-

---

(1) Arch. für Laryng und Rhin. Bd. 3. 1-2. S. 205-209 - Verh. der Physiolog. Gesellschaft zu Berlin Anno 94-95 N. 12-13-Pag. 42-43. Arch. für Anat. med. Physiol. 1895 - H. 5 6. S. 563-569.

(2) Fortschritte der Med. Bd. 13. N. 12. S. 469-478.

perficie perfettamente uniforme come nella regione del margine.

Tutte le papille, poi, sia nei bambini che negli adulti, si presentano più sviluppate nella parte media delle corde, così del resto in cui convengono tutti, compresi Coyne e Fränkel.

Debbo in ultimo dire, d'accordo con Coyne e contrariamente a quanto affermano Fränkel, Benda e parecchi altri, che le papille mi sembrano vere papille digitate e non liste. Se, difatti, si presentano poco appariscenti in tagli orizzontali, si mostrano evidenti in tagli sagittali, come ho potuto vedere in 3 sezioni sagittali in serie di una corda di un bambino di 10 mesi. Ora è chiaro che, se compaiono coniche in tagli frontali e sagittali, abbiamo a fare con vere papille e non con liste.

In questo strato, infine, ho notato sotto la faccia superiore della corda lacune linfatiche, le quali si presentano allungate nel senso sagittale. Esse pare siano più ampie e più costanti nei cani.

I vasi sanguigni, specie nel feto, sono anch'essi numerosi e corrono per lo più nella direzione della corda. Da essi si partono le anse capillari che irrorano ognuna delle papille da noi descritte, le quali appunto sembrano delle semplici papille vascolari, non essendosi in esse potute dimostrare ancora speciali terminazioni nervose.

4° Strato profondo — In questo strato tre cose reclamano principalmente il nostro studio per la loro importanza: 1° le ghiandole, 2° il legamento fibro-elastico, 3° il tessuto muscolare che entra a far parte essenziale di questa corda.

Ghiandole — È l'altro argomento su cui si son fatte tante quistioni da parte degli studiosi che si sono occupati della struttura della corda vocale vera. Come ho fatto per la regione papillare, farò anche quì, data l'importanza degli scrittori che se ne sono occupati, un po' di storia relativa a questo tema, per esporre poi in ultimo i miei convincimenti sul riguardo.

Cominciando coi lavori scritti su questa tesi molti anni addietro, debbo riferire che quasi tutti gli autori che scrissero prima del 1870, come Rheiner, Luschka ecc. dissero che la vera corda era un tessuto privo di ghiandole.

Il primo che parlò di ghiandole mucose nella corda vocale vera fu Knoll (1) in una descrizione che fece di un carcinoma ghiandolare della corda vocale. Però la prima descrizione dettagliata di queste ghiandole pare sia stata fatta da Coyne, nella sua sullodata dissertazione del 1874. Secondo lui, il margine libero della corda non presenta ghiandole nella regione pa-

pillare; ma spesso, accanto alle papille si aprirebbero, sopra e sòtto, dei condotti ghiandolari. Questi condotti appartengono a 2 gruppi di ghiandole su cui egli richiama tutta l'attenzione.

Il 1° gruppo, o superiore, sarebbe spesso composto di due ghiandole appiattite, situate tra il legamento fibro-elastico e la faccia superiore della corda. Il canale escretore molto allungato si dirigerebbe obbliquamente in dentro e in alto verso il margine libero della corda, nel punto in cui comincia la regione papillare. In questo modo il muco secreto da questo gruppo ghiandolare sarebbe proiettato verso il margine libero e servirebbe a umettare questa parte sporgente.

Il 2° gruppo, sottopapillare, sarebbe composto di due ghiandole pure obbliquamente dirette in alto e in dentro, i cui canali escretori vengono ad aprirsi a becco di flauto al limite inferiore della regione papillare conservando la medesima direzione. Il muco così avrebbe maggior tendenza a essere proiettato sul margine sporgente della corda, piuttosto che nella regione sottoglottica. Queste ghiandole si troverebbero su tutta la estensione della corda, meno voluminose però indietro.

J. ed E. Böckel, dopo Coyne, accettarono in genere questa descrizione. —J. Disse, (2) parecchio tempo dopo, torna a parlare di queste ghiandole, su cui insiste anche Sommerbrodt (3) in una pubblicazione sulle cisti delle corde vocali. Alessandro Jacobson (4) descrive delle ghiandole viste su tagli orizzontali della corda vocale accanto al processo vocale, e altre sotto il margine libero in tagli frontali. Heryng (5) descrive ghiandole al margine libero della corda nella regione del processo vocale. Queste ghiandole sono anche menzionate da Heymann (6). Infine, vengono le comunicazioni e la importante pubblicazione fatta nel 1893 da B. Fränkel, contro cui si levò Kanthack (7) per negare recisamente l'esistenza di ghiandole nella corda vocale vera, asserendo che quelle ghiandole le quali si descrivono, come appartenenti alla corda, procedono o dall'alto, dal ventricolo, o dal basso, dal mar-

(1) Virchow's Archiv. Bd. 54 S. 389-1879.

(2) Archiv. für mikrosk Anatomie. Bd. II. S. 551.

(3) Breslauer ärztliche Zeitschrift. 1880 N. 1

(4) Archiv. fur mikrosk. Anatomie. Bd. 29 S. 617

(5) Die Heilbarkheit der Larynx phthise 1887 p. 14.

(6) Virchow's Archiv. Bd. 118 S. 339.

(7) Virchow's Archiv. Bd. CXVII S. 531-544 e Bd. CXVIII. S. 137-147 e 376-381.

gine sottoglottico; Heymann, infine, e qualche altro giunsero ai medesimi risultati di Fränkel.

Secondo quest'ultimo, le ghiandole descritte da Coyne non sarebbero così vicine al margine libero come questi vorrebbe, nè disposte precisamente e costantemente come le descrive. Egli poi richiama l'attenzione su due fatti: in 1° luogo, che molte delle ghiandole superiori arrivano fino alle fibre muscolari, in modo che alcuni loro acini, presentandosi addirittura circondati da queste fibre, dànno l'impressione come se per contrazione di questi muscoli fosse avvenuto uno strozzamento ed una inclusione di queste ghiandole in mezzo alle fibre muscolari.

L'altra osservazione consisterebbe nella descrizione di una nuova ghiandola, che si presenterebbe quasi costantemente immediatamente avanti l'apice del processo vocale. Essa si mostrerebbe allungata nel senso sagittale col suo asse longitudinale, cioè parallelo al margine libero, e invierebbe un breve condotto escretore nella regione delle liste. Questa ghiandola, infine, non sarebbe la stessa di quelle descritte da Heryng e Heymann, le quali stanno invece molto più indietro, nella regione posteriore del processo vocale da loro detta parte ialina, perchè chiamano giustamente parte reticolare la parte anteriore o apice.

Venendo adesso al concetto che io mi son formato sul riguardo, pur facendo osservare che le diverse laringi possono presentare variazioni di una certa entità nel numero, grandezza, sede e disposizione di queste ghiandole, cercherò tuttavia di tracciare nel modo che mi riuscirà migliore il quadro sotto cui esse sogliono presentarsi più comunemente.

Prima di tutto credo utile distinguere queste ghiandole in superficiali e profonde. Alle prime appartengono i 2 gruppi di ghiandole descritte da Coyne, di cui sopra abbiamo parlato. Però debbo dire che il 1° gruppo o superiore non corrisponde esattamente alla descrizione che ne fa. Le ghiandole di questo gruppo sono situate tra il legamento elastico, in sotto, e la faccia superiore della corda, in sopra: esse formano uno strato quasi continuo posto quasi nella metà esterna della corda vocale, strato ghiandolare che interamente cessa un po' prima di cominciare la regione papillare. Verso la parte media della corda, esso si suole presentare più scarso di ghiandole, e in certi punti queste mancano addirittura: è questa la ragione per cui si possono avere delle sezioni frontali nelle quali non compaiono le ghiandole di questo strato. Sono invece molto più numerose in avanti, vicino l'angolo di commissura. Queste ghian-

dole superiori sono per lo più allungate nel senso sagittale e mandano i loro condotti escretori verso sopra e un po' all' indentro, per sboccare poco discosto dallo estremo superiore della regione papillare.

L'altro gruppo di ghiandole superficiali corrisponde invece alla faccia infero-interna e sono situate tra il legamento fibro-elastico e la membrana limitante. Esso è composto per lo più di due o tre ghiandole, che appaiono ovoidali in sezioni frontali col grande diametro obbliquo in avanti e in alto, in modo che col polo superiore più piccolo si avvicinano allo estremo inferiore della regione papillare. Esistono tanto nelle sezioni anteriori che posteriori delle corde vocali, e formano una colonna ghiandolare parallela al margine libero.

Il loro condotto escretore si dirige verso sopra e medialmente per sboccare per lo più al limite inferiore della regione papillare. In una corda vocale di adulto, però, ho potuto vedere, verso la parte posteriore, un dotto escretore al disotto della parte media della regione papillare, che con le sezioni in serie ho potuto accompagnare fino allo sbocco, il quale si effettuava appunto all' inizio del margine libero, dividendo così la regione papillare in due parti quasi uguali: una superiore e una inferiore.

Alle ghiandole profonde, poi, visibili specialmente nella parte posteriore della corda, appartengono: 1° due o tre ghiandole poste tra il muscolo in basso e all'esterno e il legamento fibro-elastico in alto e all'interno; 2° degli acini ghiandolari strozzati dal muscolo; 3° qualche ghiandola posta all' esterno del muscolo della corda. proprio al limite esterno di questa regione.

In corrispondenza della parte posteriore del processo vocale le ghiandole divengono in genere più numerose, e si mostrano alcune, con condotti relativamente corti, sempre più vicini al margine libero.

In quanto alla ghiandola descritta da Fränkel e di cui già ho parlato, confesso di non averla notata molto frequentemente.

Debbo invece richiamare l'attenzione su una osservazione da me fatta, che credo meriti di essere ricordata. Nei tagli orizzontali della corda inferiore ho notato spesso, all'estremo anteriore della corda e vicinissimo al margine libero di essa, una ghiandola nella quale ho potuto osservare un breve condotto escretore diretto verso il margine libero, ove va a sboccare. La sua sede precisa è tra il nodulo sesamoide e l'angolo tiroideo, cioè a dire in mezzo a quei tratti fibro-elastici che uni-

scono il nodulo alla cartilagine tiroide. Questa ghiandola è acinosa, composta di 3-4 acini col fondo all'esterno, mentre il dotto abbastanza corto sbocca sul margine libero vicino l'angolo di commessura.

Le ghiandole che si trovano nella corda vocale inferiore, come del resto tutte quelle della laringe, appartengono alla categoria delle tubulo-acinose o tubolose ramificate (Flemming). La loro struttura è quella delle ghiandole mucose, quantunque alcuni (Heymann, Stieda, Frankenhäuser, Klein) affermino sieno delle ghiandole miste, parte mucose e parte sierose. Questo modo di vedere è stato anche di recente confermato da un lavoro molto commendevole della Sig.ra Fuchs-Wolfring Sophie (1). Nei tubi escretori, più o meno dilatati alla loro estremità, e anche qualche volta nel lume degli acini, si trovano cellule mucipare a diversi gradi di evoluzione, dalla piccola cellula protoplasmatica relegata alla periferia del tubo, all' elemento voluminoso chiaro ingorgato da granulazioni di mucina.

Legamento fibro-elastico e muscolo tiro-aritenoideo interno — Ne tratto insieme, appunto perchè sono così intimi i loro rapporti reciproci, che solo una descrizione sintetica può riuscire completa.

Essi costituiscono, specie il muscolo, lo scheletro di tutta la corda, e il loro contegno reciproco cambia nei varii segmenti della corda medesima. Inseriti posteriormente alla cartilagine aritenoide, nel modo in cui sappiamo, procedono in avanti fino all'angolo rientrante della tiroide, presentando la loro più grande estensione verso la parte media della corda.

Dalla osservazione di tagli frontali in serie, specie se trattati col metodo Weigert per le fibre elastiche, ci accorgiamo che il legamento fibro-elastico possiede anteriormente la massima estensione. Esso occupa della corda vocale tutto lo spessore del margine libero, buona parte della faccia superiore e della faccia infero-interna, e forma così quasi una doccia aperta all' esterno e in basso in cui viene ad adagiarsi il muscolo. In corrispondenza, anzi, del margine libero, lo strato dermico superficiale mancando quasi completamente, il legamento fibro-elastico è addossato quasi alla membrana elastica, ragione per cui in questo punto, più che di una vera mucosa si ha l'aspetto di una fibro-mucosa.

Mano mano che si procede indietro, questo rapporto tra il

---

(1) Archiv. f. Mikrosk. Anat. Bd. 52 S. 735-762 — 1898.

muscolo e il legamento si va modificando: difatti, il tessuto muscolare invade poco, a poco da principio il posto occupato dal legamento in corrispondenza della faccia superiore della corda. Man mano che si va ancora indietro, il muscolo, dopo avere invaso il posto occupato dalla parte superiore del legamento fibro-elastico, comincia a mandare in mezzo a questo tessuto dei fascetti aberranti anche in basso, in corrispondenza cioè della faccia infero-interna. Questi fascetti in tagli frontali si mostrano come delle aree rotondeggianti di fibre muscolari striate in sezione traversa, circondate come da una delicata capsula fibrillare di tessuto elastico. Successivamente questi fascetti muscolari compaiano in maggior numero fino ad occupare, vicino l'apice del processo vocale, anche la parte infero-interna della corda: allora il legamento fibro elastico rimane confinato al solo margine libero.

Esso, in corrispondenza dell'apofisi vocale si spande attorno a questa apofisi, e le sue fibre passando anche in parte tra le masse ghiandolari di questa sezione, si portano indietro nel modo altrove esposto.

Per studiare, il modo in cui si termina anteriormente il legamento fibro-elastico, ho praticato delle sezioni orizzontali in serie della corda vocale inferiore. In esse si vede che in mezzo al tessuto fibro-elastico superiormente esiste per lo più un nodulo speciale. Esso è legato alla cartilagine ialina dell'angolo della tiroide da tratti obbliqui di fessuto fibroso in gran parte elastico, in mezzo ai quali ho incontrato appunto la ghiandola da me descritta.

Questo nodulo consta di fibre elastiche incrociantisi in vario seuso, in mezzo a cui stanno numerose cellule piuttosto rotondeggianti, con un nucleo bene appariscente e con protoplasma che rimane perfettamente incoloro coi liquidi coloranti basici. Questi elementi cellulari, per quanto possano far pensare a cellule cartilaginee, pare tuttavia non ne abbiano l'aspetto caratteristico.

A questo nodulo corrisponderebbero le cartilagini sesamoidi descritte dapprima da C. Mayer e da Gerhardt (1) e accettate come tali da Luschka e da B. Fränkel. D'altra parte, la loro natura cartilaginea è stata combattuta da Henle (2), Verson (3), W. Krause (4) e da P. Grützner (5).

(1) Virchw's Arch. Bd. 19 S. 435.
(2) Handbuch der Eingeweidelehre. S. 239
(3) Stricker's Handbuch S. 460
(4) Handb. der Anatomie S. 460
(5) Ivi 1852. S. 39.

Sul modo di intendere, infine, il legamento fibro-elastico, in gran parte di natura elastica, rispetto al muscolo, se cioè il primo debba o pur no riguardarsi come un tendine del secondo, non volendo io uscire dai confini impostimi dal tema, son costretto a rimandare il lettore ai lavori importanti di Sutton (1), Friedrich (2) e Guerrini.

Come altri tessuti componenti la corda vocale inferiore, oltre i vasi di cui ho già detto qualche cosa, non si trovano che zolle di grasso, specie posteriormente e in laringi adulte.

Ventricolo di Morgagni. — Dopo aver trattato della struttura delle corde vocali superiori e inferiori, per terminare tutto quanto si riferisce al *corpo vocale*, è indispensabile parlare di uno spazio in massima parte limitato dalle corde e che per il suo aspetto e la sua struttura particolare merita la nostra attenzione. Intendo dire del ventricolo di Morgagni.

Certamente io non mi metterò a descrivere l'aspetto macroscopico e la forma di questa regione, appunto perchè ciò non entra nel mio compito; e poi ci sarebbe troppo poco da aggiungere a quello che a questo riguardo scrisse Morgagni e, dopo di lui, Luschka, Gerlach (3), Fränkel (4).

Tuttavia per intenderci su ciò che io da qui a poco andrò a dire intorno alla struttura delle pareti di questo ventricolo, debbo ricordare che la parte orizzontale di esso costituisce una fenditura posta tra le due corde vocali di ogni lato, la quale si estende dal margine libero delle corde, medialmente, alla parete esterna o laterale del laringe, lateralmente. In essa quindi si distinguono 3 pareti: una superiore data dal margine inferiore della corda superiore; una inferiore costituita dalla faccia superiore della corda inferiore, e una laterale o esterna. Di questa appunto dovrò scrivere due parole, avendo già detto abbastanza su quanto riguarda le altre pareti.

La mucosa che costituisce questa parete presenta una configurazione speciale. Difatti, mostra un certo numero di pieghe per lo più di forma triangolare alla sezione, le quali col loro apice sporgono più o meno nella cavità del ventricolo. Alla parte anteriore del ventricolo per lo più ne esiste una sola,

(1) Journal of Anat. and physiol. Vol. XXIII P. II. pag. 256 262
(2) Arch. fur Laryngol. und Rhinol. IV 2. 1896.
(3) Greifswald 1867.
(4) Arch. f. Laryng. und Rhinol. Bd. I. H. 2 S. 250-257.

triangolare, a base molto larga, e che suddivide quasi in due metà uguali questa porzione della cavità ventricolare. Altre volte in alcune sezioni ne ho incontrato due, una superiore molto sviluppata e simile a quella sopra descritta, e una inferiore più piccola e poco sporgente. Queste pieghe, continuandosi in basso, divengono meno sporgenti nella mucosa che ricopre la parte laterale della faccia superiore della vera corda.

L'epitelio in questa parete si presenta cilindrico vibratile anche nelle pieghe, e non riposa su nessuna membrana limitante. Al di sotto, il derma si presenta di aspetto citogeno e mostra quasi sempre da uno a due veri follicoli linfatici, posti appunto nelle pieghe sopra descritte.

Oltre le formazioni adenoidee, notiamo ancora in questo strato sezioni di condotti ghiandolari, i quali lo attraversano per andare a sboccare alla superficie dell'epitelio. Essi appartengono alle ghiandole che si trovano nella parte profonda di questa parete.

Strato profondo. — Questo strato, separato dal precedente da un po' di tessuto connettivo lasco, donde la facile formazione di quelle pieghe, è formato essenzialmente, come fa rilevare Morgagni, da tratti di fibre muscolari i quali si staccano dal m. tiro-aritenoideo e si dirigono verso sopra. Oltre a questa parte muscolare, contiene numerose ghiandole, le quali giacciono in buon numero in mezzo alle fibre muscolari.
Le ghiandole mandano il loro secreto alla superficie epiteliale di questa parete.

Porzione verticale del ventricolo. Il ventricolo di Morgagni, oltre alla parte orizzontale già descritta, presenta anteriormente un'altra cavità a direzione verticale, la quale pare costituisca la parte più importante del ventricolo.

Fränkel fa di questa porzione qualche cosa di distinto dal vero ventricolo, che secondo lui sarebbe costituito dalla sola porzione orizzontale. A questo proposito egli dice che la porzione verticale, da lui chiamata diverticolo, appendice o fondo cieco (*Blindsack*) rappresenta un organo speciale il quale serve come sbocco della cavità del ventricolo. Noi, seguendo il modo di vedere della maggior parte degli anatomici, comprendiamo nel ventricolo anche la porzione verticale, che per brevità chiameremo infundibulo.

Esso è diretto dall'alto in basso e d'avanti in dietro e procede ad angolo retto dalla porzione orizzontale del ventricolo. Il suo orifizio di sbocco, che del resto varia di dimensioni e di forma nelle diverse laringi, è situato in avanti ed all'esterno. La

stessa cosa circa le variazioni di forma e di dimensioni si deve dire di tutta la cavità infundibulare (Gerlach). A tutto ciò debbo aggiungere che questa cavità è irregolare e per lo più presenta dei diverticoli in avanti e indietro e forse anche delle sepimentazioni. Questo solo può spiegarmi il fatto che, in alcune sezioni frontali della regione delle corde, la cavità infundibulare non si continua con quella della porzione orizzontale del ventricolo, ma si incontra tra l'una e l'altra un ponte di sostanza connettivale.

Studiata così per sommi capi la cavità dell'infundibulo, veniamo adesso allo studio delle sue pareti. Esso si presenta costituito da una parete esterna, che è la continuazione in alto della parete laterale della parte orizzontale; una parete interna costituita dalla faccia esterna della parte anteriore della corda superiore, e un apice o fondo cieco in cui l'una parete passa nell'altra.

La posizione di questa parte apicale va soggetta ad importanti oscillazioni, non solo nelle diverse laringi, ma anche nei due lati della stessa laringe, come appunto fa rilevare Morgagni. Per lo più però l'infundibulo arriva fino alla plica ari-epiglottica. Secondo alcuni, invece, p. es. Luschka, arriverebbe fin sopra il punto corrispondente al margine superiore della cartilagine tiroide, oppure fino alla radice della lingua, cio che, come giustamente fanno osservare Gerlach e Fränkel, pare sia una esagerazione.

La configurazione della superficie limitante la cavità dell'infundibulo è abbastanza irregolare. Si notano in essa numerose insenature, più o meno profonde, le quali sono in rapporto, per la parete interna, con lo sbocco di molti condotti escretori appartenenti alle ghiandole della parte supero esterna della falsa corda; per la parete esterna, oltre che con lo stesso fatto, anche, e principalmente con la presenza di molte pieghe, favorita da uno strato sottodermico molto lasco.

L'epitelio, che riveste l'infundibulo, è cilindrico e in molta parte vibratile, e mostra di tanto in tanto, tra le sue cellule, dei leucociti.

Non ho notato una vera membrana limitante.

Il *corion*, appunto, è quello che deve fermare un poco la nostra attenzione per una particolarità degna di nota, su cui hanno scritto parecchi osservatori. Questo strato, difatti, mostra in mezzo a un tessuto citogeno diffuso un numero ragguardevole di veri follicoli chiusi. Il numero preciso di questi follicoli non può essere valutato, perchè va incontro a molte variazioni col

variare del soggetto. Essi son situati nella parte più superficiale della mucosa, immediatamente sottostanti all'epitelio, e il loro limite profondo si trova segnato abbastanza nettamente da uno straterello connettivale ricco in fibre elastiche, il quale li separa dalle ghiandole mucose poste più profondamente. Le dimensioni loro e la forma sono variabili, quelli però situati nelle pieghe triangolari della parete esterna ne assumono l'aspetto.

Per l'abbondanza nell'infundibulo di questi follicoli e per la presenza di numerose insenature si mostra evidente la sua somiglianza con le cripte tonsillari; Merkel perciò chiama l'infundibulo una grossa cripta mucosa. Stöhr paragona tutto il ventricolo di Morgagni, con i follicoli descritti alla faccia superiore della vera corda e al margine inferiore della corda falsa, a una tonsilla, e William Hilp designa addirittura questa regione col nome di tonsilla laringea.

Lo strato profondo dell'infundibulo rientra nel dominio della corda vocale superiore per la parete interna; della parete laterale del laringe per la esterna; quindi non potrei che ripetere sul riguardo quello che di già ho scritto.

Detto ora della conformazione e della struttura dell'infundibulo, prima di chiudere questo capitolo, ricordo che l'unico compito fisiologico, che ad esso può attribuirsi, è quello appunto designata da Morgagni: di secernere cioè un liquido atto a mantenere umide le corde vocali.

Regione aritenoidea.—Per regione aritenoidea intendo quella parte della mucosa del laringe che riveste la faccia antero-interna o laringea delle cartilagini aritenoidi e lo spazio inter-aritenoideo, che esiste solo negli adulti. Per comodità di studio, e per ragioni anatomiche di vicinanza e di struttura tratterò anche con questa regione quella porzione di mucosa che tappezza la cartilagine di Wrisberg, vale a dire la parte posteriore della piega ariepiglottica (v. questa).

Studiando questa regione, vengo a completare lo studio della sezione alta del laringe, o vestibolo, e della sezione media, o delle corde. Non mi resta, per completare tutto l'argomento, che trattare della regione ipoglottica, la quale costituisce appunto la sezione o piano inferiore del laringe.

In questa regione dobbiamo considerare: l'epitelio, lo strato dermico superficiale ed il profondo.

Epitelio — L'epitelio si presenta anche quì in certi punti piatto, in certi altri cilindrico vibratile. L'estensione dell'uno a

detrimento dell' altro, varia per condizioni diverse, principale tra le quali l'età. Difatti, come altrove abbiamo rilevato, anche qui l' estensione dell'epitelio piatto di rivestimento è in ragione diretta dell'età dell'individuo. A ogni modo, però, possiamo dire, in generale, che la parte superiore di questa regione, cioè quasi tutta la zona corrispondente alla cartilagine cuneiforme, all'apice delle cartilagini aritenoidi ed alla incisura interaritenoidea si presenta rivestita da epitelio piatto stratificato. Alla superficie, quest'epitelio si mostra uniforme; dalla faccia profonda, invece, manda qualche volta degli zaffi epiteliali scarsi di numero e poco sviluppati, tra i quali si elevano delle papille da parte della superficie del corion. In corrispondenza della parte media delle cartilagini aritenoidi, l'epitelio suole essere cilindrico vibratile, e nei bambini si mantiene tale fino in basso, per continuarsi poi con quello identico della regione ipoglottica. Negli adulti, però, nella parte inferiore della regione ho potuto osservare spesso che l' epitelio torna a farsi piatto con una superficie un po' irregolare e con una faccia profonda che può mandare degli zaffi i quali si affondano nel derma, alternandosi con sporgenze analoghe (papille) di quest'ultimo strato. Questo fatto l'ho potuto notare benissimo nella laringe di una donna di 22 anni.

Corion superficiale — La superficie di questo mostra in alto, in vicinanza cioè del margine di passaggio alla mucosa faringea, delle scarse e poco caratteristiche formazioni papillari: nel resto, mentre suole presentarsi uniforme nei bambini, negli adulti, come abbiamo detto, può presentare accenni di papille anche in basso.

Questo strato del corion, d'aspetto adenoide, mostra una infiltrazione di elementi rotondi in genere non molto abbondante; però in alcuni siti, come in corrispondenza delle cartilagini di W r i s b e r g, ma specie dell'apice delle cartilagini aritenoidi, essi possono divenire così numerosi, da aversi la formazione di veri follicoli adenoidi. La presenza di queste formazioni credo possa contribuire, insieme alla grande attività funzionale ed al passaggio continuo degli espettorati, alla predilezione che mostra la tubercolosi laringea per questa regione.

In questo strato si trovano numerosi condotti ghiandolari, i quali lo attraversano, per sboccare alla superficie dell' epitelio.

Strato profondo. — È principalmente costituito da masse ghiandolari, specie nella parte superiore e media della regione.

Superiormente dobbiamo considerare le ghiandole che attor-

niano la cartilagine Morgagniana e quelle che si trovano in corrispondenza dell'apice aritenoideo.

Le prime hanno per la loro disposizione richiamato l'attenzione di molti osservatori, e già Morgagni le ha credute di tale importanza, da incominciare con la loro descrizione i suoi «*Adversaria anatomica*». Queste ghiandole sono disposte in un ammasso allungato in modo, da costituire una colonna verticale, la quale, unita all'ammasso ghiandolare orizzontale, che partendo dalla fossetta media della faccia antero-esterna della c. aritenoide si continua nella parte posteriore della corda superiore, rassomiglia alla figura di un L, come felicemente per il primo ha fatto notare Morgagni stesso. Lo sbocco di queste ghiandole, che formano l'asta verticale della lettera, avviene nel vestibolo, un po' all'esterno delle aritenoidi, in corrispondenza del filtro. Le ghiandole dell'apice aritenoideo, le quali si trovano in avanti e ai lati di esso, sono piuttosto abbondanti e sboccano direttamente in avanti, nella parte superiore della regione aritenoidea.

Il resto delle ghiandole di questo strato si trova principalmente nella parte media di questa regione, precisamente in corrispondenza dello spazio inter-aritenoideo e della parte mediale delle cartilagini aritenoidi.

Alcune di esse, superficiali, si trovano corrispondentemente avanti il muscolo aritenoideo e alla cartilagine aritenoide; altre, medie, stanno nello spessore della parte più alta del muscolo; altre, infine, più profonde si trovano dietro questo muscolo e sotto la mucosa del faringe. Lo strato più ricco è costituito dal medio, le cui ghiandole mandano i loro condotti escretori attraverso i fasci muscolari e la parte mediale della cartilagine aritenoide per venire ad aprirsi corrispondentemente nella doccia interaritenoidea e ai suoi lati.

Il tessuto elastico in questa regione è abbondante e si comporta attorno alle ghiandole e ai fasci muscolari così come abbiamo descritto nella corda vocale superiore.

Oltre ai nervi ed ai numerosi vasi, di cui qualcuno di calibro rispettabile, incontriamo in questo strato zolle adipose poste in ispecie tra le fibre muscolari.

Regione ipoglottica. — Questa è la regione con cui termino la trattazione del mio tema e sulla cui struttura intendo richiamare tutta l'attenzione, perchè trascurata dagli osservatori che hanno studiato miscroscopicamente la mucosa laringea.

Vorrei appunto in questo modo completare l'opera meritoria

di R e n a u l t e specie del Prof. E. M a s s e di Bordeaux, i quali con parecchi lavori hanno richiamato gli scienziati e i clinici specialisti allo studio di questa regione così importante per la fisiologia e la patologia del laringe. Dirò al solito due parole sui suoi limiti e passerò subito a descriverne la struttura.

La regione sotto-glottica è limitata: in alto dal margine inferiore delle corde vocali inferiori, in basso dal margine inferiore della c. cricoide. Essa misura approssimativamente 20 a 25 mm. di altezza e si divide in una porzione intra-cricoidea, circoscritta dalla cartilagine cricoide a cui si adatta completamente, e in una sopra-cricoidea Quest'ultima, secondo M a s s e, rappresenta un segmento di cilindro musculo-membranoso appiattito trasversalmente e aperto indietro, ove vien chiuso dal segmento medio del castone cricoideo.

Gli strati che presenta al nostro studio sono: 1° l'epitelio; 2° la membrana limitante; 3° lo strato dermico superficiale; 4° lo strato profondo.

Epitelio. — L'epitelio è dapertutto cilindrico, con cellule molto alte e piuttosto coniche (1).

Questo strato si presenta attraversato da numerosi condotti ghiandolari che vanno a sboccare alla superficie; gli sbocchi sono visibili ad occhio nudo come tanti forellini. Le cellule basali di questo epitelio formano uno strato continuo con nuclei allungati disposti parallelamente.

La *membrana basale*, anista, segue le irregolarità dello strato sottostante: probabilmente sarà di produzione epiteliale, anche perchè al contrario di quanto abbiamo detto per la omonima della corda inferiore, trattata col metodo W e i g e r t per le fibre elastiche, resta del tutto incolore. Questa membrana è molto evidente nell'uomo, ma si presenta molto spessa ed evidentissimà nella regione sottoglottica del cane. Essa forma uno strato continuo interrotto solo dallo sbocco dei condotti ghiandolari, sulla cui parete alcune volte si ripiega per breve tratto.

Corion. Strato superficiale. — La superficie di questo strato offre una configurazione speciale. Mentre sui lati e indietro si

---

(1) Sul proposito debbo far notare che nella laringe di un cane di 1 mese, iniettata con bleu di metile, secondo il metodo E h r l i c h - B e t h a per la colorazione vitale degli elementi nervosi, alcune cellule dell' epitelio di questa regione si presentavano colorate in totalità intensamente in bleu, e con un aspetto tale, da ricordare molto bene le cellule di S c h u l t z e della mucosa olfattiva. Sulla natura di questi elementi non posso per ora dare alcun giudizio.

presenta uniforme, nel terzo anteriore mostra in sezioni orizzontali un numero incostante di sporgenze ed insenature d'aspetto variabile. Queste irregolarità della superficie nei tagli orizzontali in serie si vedono continuare fino a quasi tutta l'altezza di questa regione, e sovrapponendo le immagini successive, si scorge che ognuna corrisponde precisamente all'altra corrispondente della sezione immediatamente successiva, in modo che il loro contegno è appunto quello di creste o liste che seguono una direzione verticale.

Il tessuto che forma questi rilievi è costituito da sottili fibrille connettivali in mezzo a cui stanno delle cellule rotonde, per lo più numerose; si incontrano pure anse capillari e fibrille elastiche. Questo strato, infine, è limitato profondamente da cordoni elastici a decorso prevalentemente orizzontale, dai quali appunto si staccano le fibrille sopra menzionate.

Ritornando adesso sulla configurazione della superficie di questo strato, debbo dichiarare che quelle sporgenze del derma non posso fare a meno di interpretarle come vere creste o liste, disposte verticalmente specie sulla linea mediana anteriore. Ho dubitato si potesse trattare di pieghe, ma dal momento che alla osservazione microscopica non si nota nessun distacco di tessuti, e tutti i costituenti di questo strato partecipano alla formazione di esse, ho dovuto convincermi che con tutta probabilità abbiamo a fare con vere creste dermiche, simili a quelle che osserviamo anche ad occhio nudo sui polpastrelli delle dita. Queste creste laringee, del resto, si possono osservare anch'esse ad occhio nudo, specie nelle laringi di cani adulti, e non scompaiono ad onta delle forzate distensioni che si esercitano per riuscire nello intento.

Strato profondo. — Questo strato è compreso tra due barriere elastiche costituite da robusti fasci con direzione prevalentemente orizzontale: in mezzo a loro si trovano degli spazii areolari occupati da ghiandole. Di questi due strati elastici, il superficiale è a noi già noto come limite profondo dello strato antecedente; ci resta quindi a parlare dello strato elastico profondo. Questo è più robusto del precedente, e in certi punti, come nella parte mediana anteriore, diviene addirittura robustissimo. Corre per lo più parallelo all' altro strato, però in certi punti si avvicina a questo e certe volte arriva a toccarlo. Dalla sua faccia superficiale si partono delle trabecole e dei robusti cordoni elastici, i quali portandosi o direttamente, o obliquamente in avanti si uniscono con le diramazioni omonime, ma in direzione opposta dello strato soprastante. In questo

modo vengono a costituirsi degli spazii per forma e grandezza diversi, quantunque per lo più allungati orizzontalmente, i quali son quasi tutti occupati da masse ghiandolari.

Le ghiandole in questa regione sono molto abbondanti, e in una sezione orizzontale formano tra i due strati elastici come una vera collana ghiandolare. Esse sono in massima parte acinose ed inviano i loro condotti escretori attraverso lo strato elastico superficiale, il corion e l'epitelio, per sboccare alla superficie di questo: anteriormente lo sbocco di questi condotti si effettua nei solchi esistenti tra le creste.

In questo strato, infine, si incontrano parecchi vasi di calibro importante.

Ho descritto in questo modo con uno sguardo d'assieme tutta la regione ipoglottica, sia la parte alta o sopracricoidea, che la bassa o cricoidea. Queste due porzioni, difatti, in generale non presentano notevoli differenze di struttura, se ne togli che sia lo strato ghiandolare, che l'elastico, come anche i vasi, sono meno sviluppati in basso che in alto della regione.

Ora, avendo avuto occasione di osservare parecchie laringi di feti dai cinque mesi in su, vorrei dire, in pochissime parole, delle principali differenze che si notano in questa età, tanto più che i miei risultati concordano con quelli ottenuti da Kanthack e da Heymann.

L'epitelio, ad eccezione del margine libero delle corde inferiori nelle laringi fetali suole presentarsi cilindrico vibratile da per tutto.

La membrana limitante suole essere pochissimo appariscente o del tutto inesistente.

Lo strato coriale superficiale suole presentare un numero molto più scarso di elementi linfoidi, e i follicoli veri pare non esistano, specie verso il quinto mese. Le papille sono poco appariscenti o non esistono affatto. I vasi sanguigni sogliono essere più abbondanti.

Lo strato profondo presenta le ghiandole in uno stadio iniziale: in parte cioè si mostrano come otri più o meno piccoli e in parte come formazioni acinose primordiali.

Queste sono, in succinto, le variazioni di struttura più salienti che ho riscontrato nei feti.

Così credo di avere espletato tutto quanto si riferisce all'argomento che mi ero proposto; mi resterebbe solo a parlare delle terminazioni nervose.

A questo riguardo debbo dichiarare, che, pur avendo fatte delle ricerche, non mi sento in grado di esprimere per ora un giudizio personale e, tanto meno, di farne una descrizione dettagliata. Rimando quindi per il momento ai lavori di Retzius (1), Fessler (2), Fusari (3), Staurenghi (4) e Ploschko (5).

Riassumendo, possiamo dire, che nella sezione alta del laringe o vestibolo, il quale comprende la regione epiglottica, la ari-epiglottica e la parte alta della regione aritenoidea, l'epitelio in avanti e sui lati è stratificato piatto fin quasi alla metà superiore circa, indietro quasi interamente. Il corion superficiale, il quale non presenta papille, tranne qualcuna indietro, ha un aspetto adenoide ed è più ricco in leucociti in avanti e indietro, ove possiamo trovare veri follicoli, che sui lati. Le ghiandole dello strato profondo sono anch'esse più numerose all'epiglottide, all'apice aritenoideo e attorno alla cartilagine di Morgagni, che nello spazio compreso tra il margine epiglottico e quest'ultima cartilagine. Il tessuto elastico è molto abbondante nello strato profondo della regione epiglottica e della parte apicale della regione aritenoidea.

Nella sezione media, o regione delle corde, l'epitelio sulla corda superiore è prevalentemente cilindrico vibratile, nella corda inferiore in massima parte piatto, in prevalenza cilindrico vibratile indietro, in corrispondenza della porzione media ed inferiore della regione aritenoidea. Lo strato superficiale del corion, che presenta papille caratteristiche nella corda inferiore, è anche qui di aspetto linfoide e fa notare numerosi follicoli nella regione del ventricolo di Morgagni. Le ghiandole, abbondantissime nella corda superiore e discretamente abbondanti nella porzione media della regione aritenoidea, si trovano anche in un certo numero nella corda inferiore. Importanti tra queste ultime le due ghiandole poste all'interno del processo vocale (Heryng-Heymann), quella descritta da B. Fränkel, e quella descritta da me nella porzione sesamoidea e vicinissima al margine libero. Ad ogni modo si deve tener presente che esiste nella vera corda una zona, corrispondente

(1 Biologische Untersuchungen. Bd. IV. 1882.
(2) Mittheilung. d. morphol. physiol. Gesell. zu München. 1883.
(3 Archives italiennes de Biologie T. XX II. III p. 285.
(4 Jahresberichte der Anatomie. 1895.
(5) Ivi, 1896.

al margine libero, la quale per lo più si presenta sfornita di ghiandole.

Nella sezione inferiore, infine, o regione ipoglottica, l'epitelio è cilindrico vibratile in tutta la sua estensione. Il corion superficiale presenta delle creste nel terzo anteriore circa della regione, ha un aspetto adenoide diffuso, ma raramente mostra dei follicoli. Le ghiandole vi esistono numerose e quasi uniformemente distribuite, il tessuto elastico è abbondantissimo.

Codeste ricerche sono state fatte su laringi umane di tutte le età (circa 30). I pezzi presi sono stati da me fissati con formalina, alcool, liquido di Müller, di Flemming, di Carnoy: quest'ultimo mi ha dato splendidi risultati per lo studio dell'epitelio.

Come mezzo di colorazione mi son servito di varie sostanze, in ispecie del carminio, della safranina, della cocciniglia e dell'ematossilina. I migliori risultati li ho avuti dall'ematossilina, specie quella di Ehrlich. A questo proposito debbo far notare che, contento dei risultati della cocciniglia per la nitidezza della sua colorazione prettamente nucleare, ho pensato di aggiungervi una sostanza colorante acida di contrasto, ed ho scelto l'acido picrico. In questo modo, a somiglianza del picrocarminio, ho ottenuto una *picro-cocciniglia* molto buona. Però, mentre i risultati del primo sogliono essere un po' incerti e ci vuole una certa tecnica per ottenere delle colorazioni soddisfacenti, con la picro-cocciniglia che io propongo, i risultati sono costanti anche in mano di persone poco esperte nella tecnica istologica. Basta, difatti, lasciare a colorare una sezione per 24 ore, lavarla bene con acqua, disidratarla con alcool assoluto, in cui però si sia messo dell' acido picrico in tracce assolutamente minime, chiarificarla in xilolo, per aversi una colorazione raccomandabilissima per la sua eleganza e nitidezza, nonchè dal lato economico. A questa colorazione si prestano benissimo i pezzi fissati in alcool o in formalina, e discretamente anche quelli in sublimato e in Müller.

La picro-cocciniglia io la ottengo preparando la cocciniglia secondo la formola di Partsch un po' modificata (acqua 100, allume puro 8, cocciniglia 1 1|2 a 2), alla quale poi, dopo raffreddata e filtrata, aggiungo il 4 0|0 di una soluzione idroalcoolica (2 parti di alcool a 70° e una parte di acqua distillata) satura di acido picrico.

Debbo, infine, dire che per la colorazione elettiva delle fibre elastiche mi ha servito splendidamente il liquido Weigert, che

io ho potuto applicare oltrechè ai pezzi in alcool o in formalina, come l'autore consiglia, anche a quelli fissati in Carnoy e anche a quelli in Müller. Questo metodo l'ho trovato superiore a quello di Unna (orceina) ed a quello di Martinotti (fissazione in sali cromici e colorazione con safranina). Per la ricerca delle *Mastzellen* mi son servito del carminio con dalia secondo il metodo di Westphall.

Ora prima di terminare, sento il dovere di esprimere pubblicamente i sentimenti della mia più alta gratitudine ai Professori G. Boccardi e F. Vastarini per i consigli affettuosi e intelligenti di cui mi sono stati prodighi durante il corso delle mie ricerche, ai Prof. G. Antonelli e F. Massei per avermi accettato nei loro Istituti mettendo a mia disposizione tutto il materiale dei medesimi e al Dott. G. Martuscelli per i bei disegni con tanta squisitezza regalatimi.

SPIEGAZIONE DELLE TAVOLE

Tav. I. fig. I. — Sezione orizzontale dell' epiglottide di un bambino. Oc. N. 2 ob. N. 3 Koristka ingrandita 3 volte.

1. cartilagine; 2. acini ghiandolari esistenti nella faccia anteriore; 3. condotto ghiandolare che attraversa la cartilagine e va a sboccare nella faccia posteriore o laringea.

Tav. II. fig. II. — Sezione frontale delle corde vocali colorata colla parafuxina di Weigert e con carminio boracico. Oc. 2 ob. 5 Kor.

a corda vocale superiore; *b* corda vocale inferiore.

1. cornici perighiandolari di tessuto elastico; 2. ligamento elastico. 3. fasci muscolari del muscolo tiro-aritenoideo interno attorniati da fibrille elastiche.

» *fig. III.* — Sezione frontale di una corda vocale di adulto, verso la sua metà. Oc. 2 ob. 3 Kor.

a margine libero; *b* faccia superiore o ventricolare.

1. regione papillare; 2. ligamento fibro-elastico; 3. 3 fasci muscolari in sezioni trasverse e obblique; 4. gruppo inferiore delle ghiandole superficiali; 5. ghiandole profonde poste tra il legamento ed il muscolo; 6. ghiandole profonde intra-muscolari; 7. condotto ghiandolare che poi va a sboccare nella regione papillare dividendola per metà.

Tav. III. fig. IV. — Sezione orizzontale della corda inferiore di un bambino, trattata con la parafuxina di Weigert e con carminio. Oc. 2 ob. 3 Kor.

1. apice del processo vocale; 2. nodulo sesamoide posto nella parte anteriore del legamento fibro-elastico; 3. ligamento fibro-elastico; 4. cartilagine tiroide; 5. ghiandola della parte sesamoide o anteriore della corda; 6. 6 sezioni longitudinali e trasverse del muscolo della corda; 7. ghiandole profonde poste tra il legamento e il muscolo.

» *fig. V.* — Sezione orizzontale della regione ipoglottica di un bambino, trattata con la parafuxina di Weigert e con carminio. Oc. 2 ob. 3 Kor.

1. strato elastico superficiale; 2. strato elastico profondo; 3. collana ghiandolare; 4. papille.

RIVISTA DI OPERE E GIORNALI

NEWCOMB dott. J. — *Le capsule soprarenali; alcune osservazioni sulla loro fisiologia e terapia, con speciale riguardo alla Rinologia (The suprarenal bodies: some remarks upon their physiology and therapy, with special reference to Rhinology).*

Com' è noto, nel 1869 Brown-Séquard accampò la teoria che tutte le glandole, munite o non di dotti escratori, riverserebbero nel sangue un prodotto, che avrebbe una importanza capitale per la nutrizione dell' organismo. Egli fondò la teoria della « *secrezione interna* », la quale ebbe, poi, un riverbero così potente nella terapia.

Già da tempo si è rivolta alle capsule surrenali l' attenzione degli autori. Questi organi si riscontrano in tutte le classi dei vertebrati, e quindi può ritenersi che debbano avere una funzione fisiologica importante. Sono stati già praticati parecchi esperimenti con le capsule surrenali dell' uomo, del gatto, del cane, della pecora, del vitello, della cavia. Fin dal 1856 Brown-Séquard dimostrò che l' asportazione di questi organi cagiona rapidamente la morte dell' animale in esperimento.

I primi risultati definitivi sulle proprietà fisiologiche di questi organi si ebbero injettando i loro estratti negli animali viventi. Nei conigli, insorgono convulsioni, che sono seguite dalla paralisi. Esperimenti più precisi furono praticati da Shaefer e da Olivier, come pure da Cybulski e da Szymonowicz, i quali dimostrarono che gli estratti del midollo delle capsule surrenali, injettati nelle vene di animali viventi, producono i seguenti risultati: 1) una forte contrazione delle arterie, la quale è di origine periferica; 2) un notevole e rapido aumento della pressione sanguigna, che ha luogo malgrado la potente azione inibitrice sul cuore, e che si verifica più rapidamente se vengono recisi i vaghi, oppure paralizzati con l'atropina i nervi inibitori del cuore; 3) la stimolazione del vago centrale è così pronunziata, che le orecchiette si arrestano per qualche tempo, mentre i ventricoli continuano a contrarsi, ma con un ritmo lento; 4) grande accelerazione ed aumento della contrazione delle orecchiette e dei ventricoli, dopo la sezione dei vaghi; 5) la respirazione è poco impegnata e diviene piuttosto superficiale.

In base a questo, sorgeva spontaneamente la domanda: la sostanza, che dà questi effetti, esiste normalmente nelle capsule surrenali, ovvero è

un prodotto che si forma dopo la morte? Secondo l'A. bisogna ritenere che trattasi del prodotto del metabolismo normale della glandola. Gli autori sopra mentovati, in fatti, hanno constatato che il sangue estratto, durante la vita, dalla vena soprarenale, quando viene injettato nel torrente circolatorio di un animale sano, dà lo stesso effetto dell'estratto della capsula surrenale, benchè meno spiccato. Il sangue estratto da un'altra vena del corpo non dà lo stesso risultato. Poichè, quindi, il sangue delle capsule surrenali contiene il principio attivo, è giustificata la illazione che quest'ultimo sia il prodotto normale del metabolismo delle cellule midollari della glandola, il quale viene riversato direttamente nel torrente circolatorio.

Ciò premesso, l'A. fa rilevare che la sua attenzione sull'applicazione terapica dell'estratto della glandola soprarenale nella pratica rinologica fu attirata dalla rispettiva relazione fatta, nel maggio di questo anno, dal dottor Henry L. Swain alla Società Laringologica Americana. Le conclusioni a cui Swain pervenne, furono le seguenti: 1) l'estratto acquoso della glandola soprarenale è dotato di una potente azione vaso-costrittrice locale, e può fare contrarre il tessuto erettile. Può essere usato in dose considerevole, senza effetti pericolosi o deleterei, locali o costituzionali. 2) Questi stessi effetti possono essere riprodotti nello stesso individuo per un certo numero di volte, senza che ne risulti qualche disturbo locale o generale. 3) L'uso dell'estratto della glandola soprarenale sembra che coadiuvi l'azione che si può ottenere dall'uso locale di un altro farmaco.

Nelle congestioni acute, esso trova la più larga applicazione, ed è qui il campo dove può dare cospicui risultamenti. In taluni casi cronici della febbre da fieno, quando vi è tendenza alla neoformazione di un tessuto abbondante, questo estratto è uno dei più utili mezzi coadiuvanti della cura.

L'A. dichiara che, quantunque le esperienze cliniche sull'estratto acquoso della glandola soprarenale sieno limitate, egli non può che confermare pienamente le conclusioni a cui è pervenuto Swain. Negli stati cronici della febbre da fieno, allevia non poco i sintomi onde sono tormentati gl'infermi, specie l'ostruzione delle narici per ingorgo dei tessuti intranasali.

In ultimo l'A. dichiara che alcuni suoi colleghi a New York l'hanno adoperato come rimedio nelle affezioni locali del naso — sotto forma di estratto acquoso delle glandole surrenali della pecora — ed i risultamenti furono buoni.

(*The Laryngoscope*, 1900.)

WADSWORTH WARREN. dott. A. M. — *L'applicazione efficace dell'estratto di capsule surrenali in Rinologia* (*The successful application of adrenal extract in Rhinology*).

L'A. riferisce quattro casi, occorsi negli ultimi sei mesi, in cui usò l'estratto liquido delle capsule surrenali, sotto forma di estratto liquido glicerinato, oppure acquoso sterilizzato.

Nei primi due casi trattavasi di deviazione del setto nasale. Dopo un'anestesia parziale con la cocaina, si ricorse all'applicazione dell'estratto dalle capsule surrenali, addizionato di una eguale quantità di soluzione al dieci per cento di Eucaina-B. L'operazione, così nell'uno come nell'altro caso, fu compiuta senza emorragia.

Negli altri due casi si trattava di polipi nasali multipli, che occludevano amendue le narici. L'applicazione dell'estratto delle capsule surrenali impedì completamente l'emorragia.

In quattro casi di febbre da fieno fu applicata la stessa soluzione, per quattro a sei volte in giorni alterni. Il risultamento fu: una rilevante diminuzione nella tumefazione del naso, con arresto della secrezione. La prima applicazione riusciva alquanto irritante; quelle consecutive non cagionavano neppure l'ombra della molestia.

In tre casi di ipertrofie dei turbinati codesta medicazione fece diminuire in grado considerevole la tumefazione.

In quattro infermi di rinite acuta, produsse una miglioria temporanea. È da notare, tuttavia, che non fu usato per un tempo sufficientemente lungo per dare qualche risultamento definitivo.

Benchè il numero delle osservazioni cliniche sia esiguo, e quindi non autorizzi a trarre un corollario definitivo, l'A. crede che si possano per ora formulare i seguenti corollari terapici:

1) l'estratto delle glandole soprarenali è un emostatico efficace nella rinochirurgia.

2) esso produce ischemia e retrazione delle ipertrofie della mucosa;

3) non agisce sulle ipertrofie fibrose;

4) è dotato di un'azione eccellente nella rinite acuta e nella febbre da fieno.

(*Journal of Eye, Ear and Throat Diseases*, 1900)

MULLEN dott. J. — *Estratto acquoso delle capsule soprarenali. Suoi usi in Chirurgia e Terapia* (*Aqueous suprarenal Extract. Its surgical and therapeutic uses*).

Prima di esporre i risultamenti ottenuti nella pratica con l'estratto acquoso delle capsule surrenali, l'A. delinea lo stato delle nostre nozioni chimiche e fisiologiche.

BOSTON MEDICAL MAR 20 1912 LIBRARY

Accenna alle rispettive ricerche di Chittendon, dalle quali risulterebbe che in esso vi debbano essere: due corpi, fisiologicamente ben distinti: 1) probabilmente la cosiddetta *sfigmogenina* del Frankel, la quale aumenta la pressione sanguigna; e 2) una sostanza che paralizza il miocardio e cagiona la morte per asfissia. — Anche Corona e Maroni opinano che vi sieno due principi attivi nelle glandole surrenali, fondandosi sui risultamenti degli esperimenti sulle rane. — Sul riguardo, sono anche classiche le ricerche del Langlois, il quale osservò che, dopo avere somministrato, per giorni, ad un animale, dosi quasi letali di tossine del bacillo difterico, oppure di altri bacilli patogeni, si verificò, in capo a qualche tempo, una ipertrofia della capsula surrenale: evidentemente, uno sforzo dell'organismo per neutralizzare i veleni che erano stati introdotti, ed i due principii attivi mostravano un'azione antagonista fra loro. — Abel isolò la sostanza che eleva la pressione sanguigna, e constatò che era costituita da un solfato attivo e da una base piridinica od alcaloide.

Ciò premesso, l'A. riferisce le ricerche fatte da una schiera di fisiologi e patologi per aumentare le proprietà fisiologiche dell'estratto delle capsule surrenali. Si sofferma a preferenza su quelle, che hanno dimostrato chiaramente, che l'injezione intravenosa dell'estratto produce uno straordinario aumento della pressione sanguigna, il quale dipende dalla stimolazione dei nervi vasocostrittori, dei centri cerebrali e dei gangli nei vasi sanguigni. Accenna alle prime indagini fatte per utilizzare nella pratica queste ricerche fisiologiche. Minkowski determinò la narcosi cloroformica nei cani, e, trenta secondi dopo sospesa l'attività cardiaca e pulmonale, injettò una soluzione dell'estratto nella vena giugulare: l'animale si riebbe. Gottlieb propinò una dose eccessiva di cloralio, e poi rianimò la paralizzata circolazione con l'estratto acquoso delle capsule surrenali.

Applicando l'estratto acquoso sopra la superficie di una mucosa, si produce una ischemia più o meno profonda, la quale sta in rapporto col grado della concentrazione, nonchè col modo ed il numero delle applicazioni. Giammai si produce una manifestazione locale. La deplezione sanguigna della mucosa è indubbiamente dovuta all'azione locale dell'estratto delle capsule surrenali sui vasocostrittori dei capillari. — Appunto questa sua proprietà indusse a proporlo come un mezzo efficace durante una operazione sopra membrane mucose. Maurange, per il primo, lo raccomandò per prevenire l'emorragia nelle operazioni dell'occhio. È opportuno, però, che sia preceduto dall'applicazione di una soluzione di cocaina al cinque per cento, giacchè codesto estratto è destituito di qualsiasi azione anestetica, ed è un astringente puro e semplice. L'azione astringente incomincia da trenta a quaranta secondi dopo l'applicazione dell'estratto, e dura per una mezz'ora a tre ore. — Anche nelle tenotomie, nella rimozione dello pterigio, nell'asportazione di cisti meibomiane, ecc., l'applicazione dell'estratto acquoso delle capsule surrenali, consecutivamente alla

cocainizzazione, dà ottimi risultamenti e costituisce un vero progresso, giacchè rende l'operazione quasi del tutto incruenta.

In Rinologia l'estratto delle capsule surrenali è chiamato, secondo l'A., a rendere servigi preziosi, insieme alla cocaina, nei casi nei quali bisogna adoperare il galvanocauterio, come pure quando si agisce con l'acido cromico sulla mucosa. Ischemizzando la mucosa nasale, è possibile fare agire il caustico più profondamente nei tessuti. L'A. dichiara di avere usato il preparato da più di due anni in tutte le operazioni nasali, e di non avere mai rilevato alcun disturbo sgradito accessorio, e meno che mai conseguenze pericolose. L'estratto acquoso delle capsule surrenali è eccellente per fare abortire il decorso della corizza acuta, per diminuire la tumefazione dei turbinati, e mantenere questa condizione finchè la circolazione si sia ripristinata, vuoi spontaneamente, vuoi sotto l'influenza dell'atropina.

Da tutto ciò emerge un altro fatto di grandissima importanza per la pratica, ed è che le grandi operazioni nella cavità nasale, le quali richiedevano l'uso di un anestetico generale, con i pericoli e gli inconvenienti inerenti a quest'ultimo, possono essere oggidì eseguite con l'estratto acquoso delle capsule surrenali, senza ricorrere all'anestesia generale e senza la molestia delle emorragie secondarie consecutive all'operazione, quelle tali profuse emorragie che sono una vera *via crucis* per l'infermo e per il medico. In altri termini: l'estratto delle capsule surrenali rende le grandi operazioni nasali un intervento chirurgico scevro di pericoli, e più o meno relativamente agevole. Inoltre, l'A. assicura di avere osservato che, in questi casi, le ferite provocate dall'operazione guarivano più facilmente, e che la tumefazione era minore di quando veniva usata soltanto la cocaina, oppure allorchè l'operazione veniva praticata sotto l'anestesia generale.

In fine, anche nella faringe e nella laringe, l'estratto acquoso delle capsule generali ha un avvenire nella pratica. Le infiammazioni della faringe, delle tonsille e della laringe possono avvantaggiarsene immensamente. In fatti, l'A. assicura che, specialmente nella laringite acuta, codesto estratto, applicato consecutivamente alla cocaina, diede spesso risultamenti eccellenti: troncò la malattia. — Riesce molto benefico nei casi di faringite in cui la tuba eustachiana è impegnata ed occlusa, giacchè riduce la tumefazione della membrana e permette la penetrazione di vapori medicati nel timpano.

Dà termine alla sua relazione descrivendo alcuni casi (pterigio e calazion, stenosi del dotto nasolagrimale, glaucoma, ipertrofia del turbinato medio, nevralgia sopraorbitale, occlusione del meato nasale destro, prolasso dell'ugola, ipertrofia della tonsilla linguale) in cui l'estratto acquoso delle capsule surrenali gli fu di grandissima utilità nell'operazione.

(*Journal of the American Medical Association*, 1900). V. MEYER

Biaggi dott. C. — *Della aprosexia nasale.*

Ad illustrare la nota teoria di G u y e, secondo il quale l' *aprosexia nasale* consisterebbe in uno stato particolare, non veramente morboso dell' intelligenza, per cui l'individuo affetto da una forma nasale è incapace di fissare la propria attenzione sopra un dato ordine d' idee e per un dato tempo, l'A. riferisce un caso di sua osservazione, nel quale la lesione naso-faringea (*vegetazioni adenoidi ed ipertrofia dei turbinati inferiori*) non aveva provocato altro disturbo che il mentale, senza alcuna ripercussione su gli altri organi. Che si fosse trattato veramente della forma morbosa in parola, è risultato dal fatto che tolta la lesione naso-faringea, la aprosexia scomparve; ed inoltre, dalla considerazione che i disturbi mentali e l' epoca della loro comparsa coincisero con lo sviluppo dei tumori adenoidi e dell' ipertrofia nasale, e che quando queste alterazioni raggiunsero il massimo sviluppo con l' età dell' infermo (16 anni), allora entrarono in scena la difficoltà di respiro, il senso di continuo raffreddore, l'epistassi, gli starnuti, la cefalea ed in ultimo l' incapacità assoluta a mantenere la propria attenzione sopra un ordine d' idee; di modo che l' infermo da uno scolare diligente e studioso divenne, suo malgrado, ignorante ed accidioso.

L' A. conferma che l'adolescenza è l' età che offre il maggior contingente a questo disturbo, il quale è, perciò, facile a verificarsi nelle scuole, più che negli ambulatorii, e quindi da parte dei maestri più che dei medici. Però anche egli vuole che, nella grande classe dei disattenti e dei distratti delle scuole, non si confondano la disattenzione dello svogliato, quella del sordastro e quella del tardivo dall' altra offerta dall'*aprosectico*, il quale, non difetta di *volontà*, ma di *possibilità* a fissare la propria attenzione.

Inoltre, anche egli crede con G u y e che l'*aprosexia* sia prodotta da un ostacolo alla respirazione nasale, per la presenza di *vegetazioni adenoidi* nel cavo naso faringeo, per *riniti ipertrofiche* o per *degenerazione poliposa* della mucosa schneideriana, e che il nesso causale tra una di queste forme e lo stato particolare dell'intelligenza consista in *un ostacolo alla circolazione linfatica fra cervello e meningi e la schneideriana.* Perchè poi il quadro dell' aprosexia non sia sempre netto, è spiegato dal fatto che le alterazioni nasali e faringee, capaci di produrre l'aprosexia, sono egualmente cause di disturbi dell' udito, dell' articolazione della parola e dello sviluppo intellettuale e fisico.

Ma, dall'avere talora un quadro non netto, all' ammettere una molteplice origine dell' aprosexia, ci corre un gran tratto, ed ecco perchè l' A. a fissare l'altro concetto di T i t e f f, secondo il quale l'aprosexia sarebbe dovuta ad una *diminuzione del potere uditivo,* per cui vorrebbe chiamarla *uditiva* piuttosto che *nasale*, riferisce un'altra sua osservazione clinica, in cui la sordità, in un bambino di 4 anni con vegetazioni adenoidi, aveva

causato l'arresto dell'intelligenza, che a sua volta aveva ritardato lo sviluppo del linguaggio. Qui, egli soggiunge, se fuvvi anche l'alterazione della circolazione linfatica, questa non fu che un fenomeno secondario. Di fatti, migliorate le condizioni dell' udito, il bambino acquistò l' intera sua personalità; l'intelligenza si fece chiara, la parola più spedita, più pronti i processi di ideazione e di percezione.

Ma qui non si può parlare di vera aprosexia, perchè il disturbo intellettuale era sostenuto da un' alterazione anatomica (suppurazione auricolare con sordità), che aveva agito sinistramente sui vari centri di ideazione e di associazione in via di formazione: invece si deve parlare di *afasia*, accompagnata da lieve grado di idiozia per sordità, causata da alterazioni naso-faringee.

Nel primo caso, poi, nulla vi era di tutto questo, e verosimilmente la sola alterazione era quella di circolo, negli spazii linfatici della dura madre, donde la mancanza di attenzione o l' *aprosexia* nel senso di Guye.

Se si dovesse seguire il concetto di Titeff, aggiunge in fine l'A., si dovrebbero creare tante forme di aprosexia, quante sono le cause che possono determinare un disturbo nella dinamica mentale; dalla forma nasale e dalla uditiva si dovrebbe giungere fino a quella da lesioni organiche dei centri psichici, ed accettare come aprosexia la mancanza di attenzione che si ha nell' idiota: il che sviserebbe troppo il concetto che Guye ha voluto dare all' aprosexia nasale, cioè quello di una *individualità clinica*, e non di un sintoma compagno di svariate alterazioni.

Con ciò anche a noi sembra, la interpretazione del Biaggi perfettamente esatta.

TRIFILETTI

FLATAU dott. T. — *Sopra due guarigioni radicali della rinite atrofica fetida con un nuovo metodo operativo* (*Ueber zwei radicale Heilungen der Rhinitis atrophicans foetida durch eine neue operative Behandlungsmethode*).

L' A. incomincia per far rilevare che egli — malgrado le numerose ricerche anatomiche, cliniche e batteriologiche, praticate negli ultimi anni — ritiene che la patogenesi dell'ozena non sia stata ancora ben chiarita. Tutto al più, nello stato presente dello scienza, può ritenersi che trattasi di una affezione *sui generis*, senza alcun focolajo patologico in vicinanza delle cavità pneumatiche, oppure sulle pareti della cavità nasale, o nelle sinuosità del cavo naso-faringeo. Flatau inclina perfino a credere che la cosiddetta *rhinitis atrophicans foetida* rappresenti in fondo una combinazione di sintomi patologici, prodotti da diverse cause.

L'A. asserisce che, fino a pochi anno sono, egli era assolutamente scet-

tico in riguardo alla guarigione dell'ozena, che non gli era riuscita ottenere con nessuno dei numerosi metodi di cura finora raccomandati. In quest' ultimo scorcio di tempo, egli ne ha escogitato uno nuovo il quale gli ha dato risultamenti superiori a tutte le aspettative, e perciò ha creduto opportuno darne contezza ai colleghi, perchè lo sperimentino nella loro pratica.

Il concetto fondamentale che lo ha guidato in questo nuovo metodo di cura, ebbe i suoi inizii nella indagine se con l' applicazione permanente di energici stimoli locali, sugli strati superficiali ed in altri punti adatti, si potesse influire sul processo patologico. Ond'è che l'essenza del suo metodo consiste nell' impianto di stiletti di avorio, i quali constano di una estremità distale ed una oliva prossimale.

Dopo che la cavità nasale è stata accuratamente detersa dalle croste e dal secreto e cocainizzata, si esegue una polverizzazione con una soluzione di perossido di idrogeno. Ciò fatto, lungo la linea d' inserzione del cornetto inferiore, si injettano sotto la mucosa alcune gocce di una soluzione di cocaina. Indi, sotto la guida dello speculo, si spinge lo stiletto fino all'oliva, nel punto dove si desidera che esso resti impiantato perchè esplichi tutta la sua azione, senza provocare alcuna irritazione. Va da sè, che la direzione da impartire allo stiletto dipende dalle speciale condizioni atomiche.

Quando l' operazione è ben riuscita, bisogna sorvegliarne accuratamente i risultati prossimi. In fatti, può accadere che pur quando lo stiletto sia stato bene impiantato, dopo qualche tempo, non resti fisso nel rispettivo punto, e cada. A ciò si aggiunge un' altra difficoltà inerente a questo metodo operativo, ed è — dice l' A. — che talvolta non si può accertare con esattezza se lo stiletto sia rimasto infisso. Non sempre l'ordinario esame rinoscopico soccorre come si vorrebbe, la stessa palpazione può dare risultamenti incerti per la proliferazione del tessuto che gradatamente si verifica nelle adiacenze dello stiletto. Per rimediare a tale inconveniente, l'A. ricorse qualche volta alla radioscopia, ma neppure questa corrispose interamente alle aspettative. Così, per es., in un caso in cui l' impianto dello stiletto era stato straordinariamente difficile e, dopo qualche giorno, l'esame con i raggi Roentgen induceva ad ammettere con certezza che lo stiletto non esisteva più nel rispettivo punto, dopo alcune settimane, esso venne fuori. Il motivo per cui non si può essere mai sicuri che riesca bene l'impianto dello stiletto, è che non si può impedire assolutamente una infezione del canale prodotto dall' impianto.

Altri inconvenienti inerenti a questo metodo sono i pericoli dell'operazione. In fatti, potrebbe accadere, per es., che lo stiletto venisse introdotto, per errore, nel seno mascellare. Flatau assicura che riuscì sempre ad evitare questo pericolo, determinando in precedenza, con i mezzi ben noti, la

posizione e la estensione dell' antro. In fine, bisogna tener conto del dolore e della impressione psichica. Quando la narcosi locale non basta per combattere il dolore, si potrebbe ricorrere a quella generale. Certo è che parecchi infermi ai quali Flatau prima di accingersi a praticare il metodo, espose la rispettiva tecnica e la prospettiva del risultato, non ne vollero affatto sapere. Altri, nei quali il primo tentativo non riuscì affatto, ricusarono di assoggettarsi ulteriormente a questo trattamento. Ciò spiega perchè finora l'A. ha avuto l'occasione di eseguirlo in pochissime persone. E soltanto in due, che ebbero la costanza di proseguirlo per un tempo sufficiente, si ebbe la guarigione completa e duratura. In fatti, in uno di questi casi sono trascorsi 2 anni, ed in un altro 19 mesi; la guarigione persiste immutata.

In ultimo, l'A. tiene parola delle controindicazioni di questo metodo. Esse sono: la degenerazione senile dei tessuti, l'età infantile (in amendue questi casi eravi, tra l'altro, insufficiente resistenza degl'infermi), ed una ipoplasia così avvanzata, che non vi è spazio per lo stiletto, nè gli si può dare un sostegno qualsiasi.

CHOLEWA. — *Perchè recidivano i polipi nasali?* (*Warum recidiviren Nasenpolypen?*).

L'A. passa in accurata disanima le svariate opinioni finora accampate circa la etiologia dei polipi. Nessuna ha avuto un posto definitivo nella scienza, giacchè si riducono tutte a semplici ipotesi.

Così, per es., Heymann afferma che i polipi nasali sarebbero prodotti da uno *stimolo*, sotto la cui influenza la mucosa nasale, ch'è liscia e priva di papille, subirebbe talune alterazioni per cui si formerebbero le papille. Per lo più questo stimolo sarebbe costituito dal pus. Però, è da tener presente, dice Heymann, che in parecchi casi non si riscontra nè pus, nè una secrezione qualsiasi. Circa la etiologia di questi ultimi casi, egli non dice nulla. Conchiude affermando che il polipo agisce, alla sua volta, irritando e determinando una flogosi nelle parti limitrofe. Quando vi è suppurazione — che dovrebbe essere ritenuta come il fattore primario per la maggior parte dei casi — essa può, alla sua volta, determinare la formazione di altri polipi. Il pus provveniente da questi ultimi, potrebbe inficiare le cavità accessorie del naso, ovvero — sempre secondo Heymann — queste sono attaccate in primo tempo, ed il pus che ne sgorga produrrebbe polipi nasali.

È evidente, dice l'A, che questo conglomerato di ipotesi di Heymann non costituisce alcun progresso nelle nostre conoscenze sulla etiologia dei polipi, anzi si potrebbe perfino riguardarlo come un regresso scientifico, rispetto all'opinione di Gruenwald, il quale suppose che l'infezione attaccasse dapprima le cavità accessorie del naso, donde il processo avrebbe, in secondo

tempo, con lo sgorgo dal pus, determinato la formazione dei polipi nasali. In quanto alle alterazioni dei turbinati, che alcuni autori, e soprattutto Woakes, hanno rilevato ponendole in rapporto con la produzione dei polipi, Heymann afferma che esse sono conseguenza dei polipi, ovvero puramente accessorie, perchè lo stimolo che determina la genesi del polipo deve agire dalla superficie della mucosa, come emerge dalle inappuntabili (?) ricerche de Hajek.

Queste ricerche sono riferite in un articolo (apparso nel Fraenkel's *Archiv*) dal titolo: « *sulle alterazioni patologiche delle ossa etmoidali in conseguenza della ipertrofia infiammatoria della mucosa e dei polipi nasali* ». Hajek, in base alle ricerche istologiche che ha praticate (e delle quali dà esatte figure, annesse al lavoro), è pervenuto alla conclusione, che la formazione dei polipi, ch'è il primo fatto, è la conseguenza della infiammazione della mucosa, la quale s'inizia dalla superficie, e più tardi, per stasi e disturbo nutritivo (?) nel *periostio*, induce fenomeni di riassorbimento dell'osso.

Secondo l'A., queste ed altre consimili ipotesi, non spiegano nulla. È ad un altro ordine di fatti, che bisogna rivolgere l'attenzione per farsi un concetto adeguato.

Già da lungo tempo i chirurgi studiano con attenzione quell'affezione, ch'è nota sotto il nome di « *periostitis albuminosa* » la quale fu descritta per la prima volta, da Ollier.— Secondo Schenk, in essa si suole trovare il periostio ispessito, sia semplicemente iperplastico, sia gelatinoso-edematoso. L'essudato per lo più è limpido-sieroso, in parte sanguinolento e fioccoso, in pochi casi filamentoso. L'esame batteriologico vi ha rinvenuto stafilococchi (specialmente lo stafilococco aureo) e streptococchi.

Secondo Schlange, la « periostitis albuminosa » appartiene indubbiamente alla osteomielite. Egli ammette che si tratti soltanto di una modificazione della osteite purulenta acuta, in cui l'agente morbigeno si riscontra in piccola quantità, oppure in forma attenuata. Quest'affezione ossea è da lui denominata « osteomielite subacuta ».

Klemm, al quale debbonsi le più accurate indagini sulle affezioni delle ossa nel tifo, nella scarlattina, ecc., la battezza come « osteomielite corticale ».

Anche Ponfick ha dato una splendida descrizione della osteomielite subacuta.

Nel suo lavoro sulle metastasi, egli fa rilevare che non sono i peculiari microrganismi delle varie malattie infettive quelli che determinano le metastasi ossee, sibbene i concomitanti stafilococchi e streptococchi che producono la « osteomielite subacuta ». Le infiltrazioni e le usure dell'osso (le usure equivalgono alla carie degli antichi autori) scompariscono nel corso di alcune settimane, pressochè « senza lasciare tracce ». La tendenza alla rarefazione si dissipa grado, a grado, mentre quella neoformativa si af-

faccia in prima linea. Sulla superficie interna del periostio si effettuano depositi strato, a strato, dapprima di tessuto puramente osteoide, che lentamente calcifica ed ossifica, in forma di lamelle piccole e grosse, al principio lasche, e poi sempre più compatte.

Ora, dice l'A., se si dà uno sguardo alle figure annesse al lavoro di Hajek, risalta nettamente l'analogia dei processi patologici quivi disegnati con quelli della osteomielite subacuta. Così, per es., in alcune figure battezzate da Hajek come «*iperplasia dell'osso e periostio fortemente proliferante da un cornetto medio profondamente infiammato ed ipertrofico*», si constata la reazione infiammatoria del connettivo dei piccoli spazii midollari spongiosi, dei canali di Havers, nonchè dello strato interno del periostio. Riguardo alla riproduzione della sostanza osteoide, essa mostra una nuova attività e presenta la formazione di numerosi osteoblasti ed osteoclasti, come si hanno in qualsiasi infiammazione del tessuto osseo. L'osso è in attiva trasformazione; i processi apposizionali che mettono capo a quelle tumefazioni fusiformi delle ossa tubolari, stanno in prima linea.

Fatti del tutto consimili ha osservato l'A. nei casi di polipi nasali, che finora ha avuto in cura. In uno di questi, nei quali praticò l'operazione a causa della recidiva, egli ebbe a rilevare che i turbinati erano ispessiti in totalità. Li asportò, per la maggiore estensione possibile, insieme alle cellule etmoidali impegnate dal processo patologico, e finora (sono trascorsi più di due anni) non si è osservata neppure l'ombra della recidiva. Secondo lui, così in questi casi, come in quelli di empiema dell'etmoide dovuti ad osteite atrofica, non si può domare radicalmente l'alterazione della mucosa, tendente alla recidiva dei polipi, se non asportando completamente le ossa inferme. In caso opposto, ad ogni operazione viene di nuovo irritato il tessuto osteoide, e si sviluppano nuovi polipi dal connettivo degli spazi midollari, cioè dall'endostio e dal periostio. — Constatata che la recidiva ha luogo da alterazioni ossee di natura infiammatoria, si può fondatamente asserire che i polipi si sviluppano primariamente da quell'affezione ossea, che suole esser qualificata come «osteomielite subacuta».

(*Monatsschrift für Ohrenheilkunde sowie für Kehlkopf, Nasen, Rachen-Krankheiten*, 1900)

GERBER. — *Doppio diafanoscopio per la illuminazione per trasparenza dei seni frontali* (*Ein Doppeldiaphanoskop zur Durchleuchtung der Stirnhöhlen*).

L'A., dopo avere brevemente riassunta la storia dei progressi conseguiti negli ultimi tempi con la illuminazione per trasparenza, fa rilevare che, soprattutto per i seni frontali, essa non ha dato finora i risultamenti che se ne speravano.

La diagnosi delle affezioni dei seni frontali, la patologia e la terapia dei

quali negli ultimi tempi è stata mirabilmente accresciuta dalle ricerche di Kuhnt, presenta ancora non poche lacune, a colmare le quali necessitano laboriose ed indefesse indagini. Sventuramente, appunto per i seni frontali, la illuminazione per trasparenza riesce oltremodo difficile perchè non può essere bene attuato il *da ubi consistam*. Non vi è alcun punto dal quale i seni frontali possano essere contemporaneamente illuminati. Il punto naturale sarebbe il margine della porzione nasale dell'osso frontale, che è occupato dall'osso nasale e dall'etmoide. Ond'è che rimane soltanto l'espediente — in uso generalmente — d' illuminare per trasparenza ogni seno frontale isolatamente, dalla parete orbitale, dove abbiamo a nostra disposizione un piccolo tratto, ristretto dal bulbo, e paragonare fra loro le due immagini. Sicchè, come riesce agevole comprendere, bisogna affidarsi alla memoria in noi rimasta delle due immagini. Vero è che si può ripetere a piacere l'esame, piazzando di nuovo la lampada, una volta a destra ed una volta a sinistra; ma chiunque è pratico di queste ricerche, dovrà convenire che neppure la ripetizione dell'esplorazione ci soccorre in modo sicuro. Aggiungi che, nel ripetere l'esame, spesso accade che le immagini che si ottengono per un seno frontale, non sono sempre assolutamente eguali. Ciò è dovuto al fatto che la condizione indispensabile per ottenere immagini eguali è che la lampada venga fissata sempre allo stesso punto, sempre nello stesso angolo rispetto al margine orbitale, e sempre nella stessa profondità.

A fine di rendere più agevole l'illuminazione per trasparenza dei seni frontali, parve all'A. necessario eliminare, quanto più è possibile, le testè mentovate sorgenti di errore, cioè costruire un istrumento che rendesse possibile di illuminare contemporaneamente i due seni frontali, nelle stesse condizioni. All'uopo, necessitano due lampade Vohsen, le quali—per tenere libera l'altra mano—dovevano essere adattate ad un sol manico, in modo che, corrispondentemente alle condizioni anatomiche del singolo caso, potessero essere spostate di qua e di là, e facilmente fissate in una data posizione.

Già da molti anni, la casa Reiniger, Gebbert e Schall ha tentato di realizzare nella pratica questo concetto; ed all' uopo ha costruito un istrumento che l'A. da qualche tempo sperimenta nella pratica. Finora non ne ha fatto oggetto di speciale pubblicazione, perchè era intento ad eliminarne alcune pecche.

Trattasi, in fondo, di due lampade Vohsen, spostabili, in involucri metallici elastici, che, alla loro volta possono scorrere in due articolazioni di forma sferica, onde, già per tal fatto, possono essere spostate in tutti i sensi. Inoltre, le due lampade possono essere ravvicinate od allontanate tra loro mediante viti che stanno sulla stanga trasversale; laddove le stanghe che sostengono le lampade, e che decorrono in direzione del manico, possono essere spostate anche in avanti e posteriormente. Inoltre, è da notare che l' apparecchio può essere adibito per qualsiasi altra

illuminazione per trasparenza. Così, per es., la rotazione di una stanga longitudinale all'esterno rende libera la corrispondente lampada per l'illuminazione per trasparenza del seno mascellare.

Nell'adopeara le lampade bisogna aver cura di applicarle non soltanto nei corrispondenti punti e sotto lo stesso angolo; ma altresì a che la pelle sulla volta dell'orbita non venga spostata troppo in alto. In tal caso essa forma, sul margine orbitale, cercini spessi che, illuminati per trasparenza, possono facilmente indurre a conclusioni erronee. Quest'errore non può essere completamente evitato; perciò non bisogna badare tanto ai margini sopraorbitali, quanto alle parti sovrastanti ed applicare spesso sui primi la mano od un pezzo di cartone nero. Con un esercizio prolungato si apprende—dice l'A.—a vedere e giudicare esattamente.

Sicchè riesce agevole comprendere che si possono trarre conclusioni non tanto dal paragone della intensità luminosa sui due archi sopraorbitali, quanto dalla estensione (se cioè più in alto o più in basso) a cui perviene l'immagine luminosa. Quando le ossa sono delicate, i raggi luminosi attraversano i seni frontali vuoti, ed illuminano per trasparenza più o meno la squama dell'osso frontale. Il pus e le granulazioni non sono pervii affatto, oppure soltanto ben poco, ai raggi luminosi. Un completo oscuramento ha luogo più di rado che al margine infraorbitale. L'A. suole tracciare i limiti dell'immagine luminosa sulla fronte con un dermatografo, e li riproduce poi sulla carta. Nella sua relazione clinica sono esposti alcuni di questi autogrammi.

Dà termine alla relazione, invitando i colleghi a sperimentare questo apparecchio nella loro pratica, essendo egli convinto che, quantunque incompleto e suscettibile di perfezionamenti, un qualche vantaggio se ne può sempre trarre per la diagnosi delle affezioni dei seni frontali.

(*Deutsche medicinische Wochenschrift*, 1900).

FRIEDMANN dott. F. — *Sull'importanza delle tonsille palatine di piccoli bambini come porta di entrata per l'infezione tubercolare* (*Ueber die Bedeutung der Gaumentonsillen von jungen Kindern als Eingangspforte für die tuberkulose Infection*).

La supposizione che le tonsille palatine — le quali in moltissime malattie infettive costituiscono la prima sede della malattia—forse anche per la tubercolosi rappresentino una importante porta di entrata del rispettivo virus, era balenata da parecchio tempo alla mente, ed aveva indotto ad eseguire molte ricerche sul proposito, le quali non erano approdate ad un risultato positivo.

L'A. ha voluto approfondire codesta interessante questione con accurate ricerch istio-baetteriologiche. In complesso: l'esame cadde sopra 91 cadaveri di bambini e sopra 54 bambini viventi.

La tecnica seguita dall'A. nelle sue ricerche, fu la seguente: i preparati, fissati in alcool assoluto ed imparaffinati, furono ridotti in tagli sottili 10-15 micromill. e, per l'esame istologico, trattati con ematossilina-eosina, ematossilina-orange, oppure col miscuglio di G i e s o n. Per accertare la presenza dei bacilli tubercolari, si ricorese al metodo di E h r l i c h. (In molti casi furono fatti anche preparati per strisciamento della superficie di sezione della tonsilla fresca, sottoposti all'esame batteriologico).

Nel primo gruppo di casi, l'A. ne riscontrò qualcuno il quale era molto adatto per decidere la questione, se le tonsille possano essere una porta autoctona di entrata per il bacillo tubercolare. Così, per es., in un bambino di 1 anno, morto per angina difterica e bronchite, e nel quale un' autopsia molto accurata non fece rilevare alcuna lesione tubercolare nell' organismo, si vide che le tonsille erano disseminate di innumerevoli tubercoli con cellule giganti, cellule epitelioidi ed una miriade di bacilli tubercolari. È evidente che in questo caso, le tonsille costituirono l' *unico focolajo tubercolare*, ed è probabilissimo, dice l'A., che in questo caso si sia trattato di una « tubercolosi prodotta da alimenti inficiati dal rispettivo virus. »

Un fatto analogo fu accertato in qualche altro caso, nel quale si constatò con la massima evidenza che le tonsille avevano costituito il punto di partenza della infezione. Così, per es., all' autopsia di un bambino di circa otto mesi, fu agevole rilevare che l'infezione tubercolare dalle tonsille, che costituivano il focolajo primario, si era diffusa alle glandole cervicali e bronchiali, ed in ultimo erasi prodotta una tubercolosi miliare generale.

Benchè, relativamente, sia stato esiguo il numero dei casi in cui l'A. accertò lesioni tubercolari delle tonsille, che potettero essere riguardate come localizzazione primaria dell' infezione tubercolare, d' altro lato è certo che quelli nei quali fu rilevato tale fenomeno, erano così tipici, da ribadire irrefutabilmente l'asserzione degli autori, cioè che le tonsille costituiscono l' atrio primario dell' infezione tubercolare molto più frequentemente di ciò che i clinici hanno generalmente ritenuto.

Circa i casi di questa categoria, l'A. fa in ultimo rilevare che spessissimo egli nelle tonsille riscontrò cellule giganti di un tipo ben diverso da quello che suole riscontrarsi nella infezione tubercolare. Trattavasi, in fondo, di numerose cellule giganti, riempite di piccoli nuclei rotondi. Ad esse, dice l'A., non può devolversi alcuna entità patogenetica riguardo alla questione in esame.

Nella seconda categoria di casi (54), in cui fu praticato l'esame di tonsille asportate da bambini viventi, l'A. riferisce che in 46, nei quali trattavasi di pura e semplice ipertrofia delle tonsille faringea e palatina, non rinvenne alcuna traccia di alterazione tubercolare. Anche in 6 casi, nei quali i rispettivi bambini avevano presentato gravi tumefazioni croniche delle glandole cervicali, l'esame delle tonsille non fece rilevare nè tuber-

coli, nè bacilli tubercolari. Un altro caso con croniche tumefazioni delle glandole cervicali e cicatrici nelle due tonsille lasciava supporre, con una certa *probabilità*, una pregressa tubercolosi tonsillare completamente *guarita*.

In fine, in un sol caso, nel quale trattavasi di un bambino di anni 3 1/2, robusto ed apparentemente sano, al quale erano state asportate le tonsille, l'esame microscopico fece rilevare una tubercolosi tonsillare diffusa. Mentre la tonsilla sinistra mostrava soltanto cicatrici, in quella destra constatavasi una zona (delimitata dal tessuto sano mediante briglie connettivali cicatriziali), fittamente disseminata da numerosi tubercoli, che contenevano bacilli. Ciò indusse ad esaminare accuratamente il bambino, e fu rilevata una piccola zona di ottusità a livello dell'apice pulmonale destro. È probabile che in questo caso (non vi era espettorazione), la tubercolosi tonsillare si dovesse riguardare come una infezione secondaria. D'altro lato, non si può rigettare la ipotesi di un' antica infezione delle tonsille prodotta dagli alimenti. Ad ogni modo, in questo caso le tonsille sono state l'atrio della infezione delle glandole cervicali.

I corollari che l'A. trae da tutti questi reperti, è che la tubercolosi tonsillare può essere prodotta in due modi: mediante infezione primaria dagli alimenti, e mediante infezione secondaria da sputo contenente bacilli. Il primo modo di infezione è stato messo in dubbio da molti autori, tra gli altri da Koch. Oggi, dice Friedmann, questo dubbio non è più possibile. Secondo il suo modo di vedere, nei *bambini la tubercolosi tonsillare il più di frequente è primaria, prodotta da infezione dagli alimenti e non già secondaria (infezione dall'espettorato tubercolare).*

(*Deutsche medicinische Wochenschrift*, 1900). V. MEYER

MELZI dott. U. — *Rendiconto statistico-clinico dell'Ambulanza Laringojatrica del Pio Istituto di S. Corona, dall'Aprile 1899 a tutto Marzo 1900.*

Con molta diligenza e chiarezza l' A. espone, in questo Rendiconto, il movimento degli ammalati, i principali metodi cura adottati, le operazioni eseguite, illustrando i casi clinici più interessanti.

In meno di un anno ha curato 1089 infermi nuovi, facendo 5274 visite. Egli distribuisce in tanti quadri gli ammalati per il sesso, per la provvenienza (Milano o Provincia), se curati nelle sale dell' Ospedale, secondo i mesi in cui si sono presentati e sono stati visitati; in fine, in un quadro riporta la natura ed il numero delle operazioni. Seguono considerazioni più opportune per ogni categoria d'affezioni o di casi più importanti osservati. Unisce in ultimo la fotografia ottenuta dalla radiografia di *un caso di corpo estraneo al di sotto delle corde vocali*, e termina facendosi gli auguri per un più ricco impianto, e quindi per un più proficuo funzionamento del detto Ambulatorio Laringojatrico.

TRIFILETTI

Chauveau dott. C.—*Faringe. Anatomia e fisiologia. (Le Pharynx. Anatomie e Physiologie).*

Ci limitiamo a dare l' annunzio di questo libro che è il 1° volume di una opera completissima. Un volume di 400 pagine con 165 figure intercalate nel testo, che è quanto di più completo sia comparso sinora e si possa desiderare.

Le altre 3 parti della serie comprenderanno: l'esplorazione fisica, la patologia generale e la terapeutica generale, la patologia medico-chirurgica, e se continueranno degnamente questo titanico lavoro così bene cominciato, faranno molto onore all' autore.

In una prefazione, il dott. Polaillon dell'Accademia di Medicina, nel presentare il libro, confessa di avervi appreso molte cose e loda, soprattutto, un capitolo nuovo dedicato alla protezione che la faringe esercita sulle vie respiratorie e digerenti.

L'edizione è, come al solito dei Sig.i J. B. Baillière e figlio, un tipo di eleganza e nitidezza.

Massei

VARIA

Il presente fascicolo inaugura l'anno XXI di questa pubblicazione. L'annunzio è una festa per noi e speriamo sia pure un augurio di prospera e rigogliosa vita.

In quattro lustri la nostra Italia si è arricchita di periodici dedicati a codesta specialità, tutti pregevoli, tutti bene accetti. Dall' esempio e dalla emulazione, sapemmo trarre gli ammaestramenti che servir dovevano a mantenere la vitalità del nostro Giornale e pare ci fossimo riusciti.

Nel ricambiare, adunque, ai nostri confratelli un cordiale saluto, confidiamo sulla loro benevolenza perchè ci siano larghi d'incoraggiamento.

***

Essendo stata fissata la data del prossimo Congresso Internazionale di Medicina pel mese di Aprile 1902, i membri del Comitato Francese del **VII Congresso Internazionale d' Otologia** che devesi tenere a Bordeaux, hanno pensato di ritardare di un anno l'epoca nella quale dovea aver luogo. Ond'è che il prossimo Congresso Internazionale di Otologia in Bordeaux, avrà luogo nel mese di Agosto o Settembre 1904; la data esatta sarà fissata più tardi.

***

Le soluzioni di lysol nella pratica laringoscopica. — Crediamo utile tenerne parola, dopo che la nostra esperienza ha spassionatamente dimostrato i vantaggi che le soluzioni di lysol hanno nella *conservazione* e *disinfezione* degli specchietti per laringoscopia.

Da Giugno u. s. il dott. Ruprecht, assistente alla Clinica Otologica del prof. Kessel di Jena, ne avea discorso nella *Monatsschrift fur Ohrenheilkunde*, e poichè, nella pratica noi abbiamo constatato che quanto il Ruprecht ha scritto dei buoni ufficii del lysol è al disotto del vero, teniamo a far sapere ai nostri lettori che immergendo gli specchi in una soluzione acquosa di lysol, questi vi possono restare indeterminatamente senza alterarsi, si disinfettano convenientemente e non hanno bisogno di esser prima riscaldati, perchè la soluzione forma come uno strato protettivo che mentre migliora, staremmo per dire, il grado di limpidezza del cristallo, non lo fa appannare. Per chi ha la illuminazione elettrica, questo è un altro vantaggio non disprezzabile. Basta una soluzione al 1|2 p. o|o.

Il *lysol* è un preparato puro di cresolo allo stato libero, in soluzione neutra, ed è veramente un disinfettante che fa concorrenza all'acido fenico.

Noi abbiamo il costume di lavare lo specchio in soluzione di carbonato di potassa e poi immergerlo in quella di lysol; e per fare che ogni infermo abbia pronto il proprio specchio, ci proponiamo far costruire un recipiente di porcellana diviso—supponiamo—in 20 spazii, ognuno dei quali sia sufficiente a contener lo specchio. Così, e con poco sciupo, si potrà rinnovare la soluzione quando saranno serviti quei dati specchi destinati per quel dato recipiente.

MAX SCHAEFFER

Nel Cimitero di Rhiensberg è stato sepolto, l'11 settembre, uno dei più dotti ed attivi cultori della nostra specialita, Max Schaeffer, precocemente rapito alla Scienza ed alla sua famiglia da una tragica, inopinata catastrofe.

Il defunto, figlio di un medico bavarese, era nato nel 1846 in Affing; studiò nel ginnasio di Ansbach, donde passò nelle Università di Erlangen e di Tubinga, e si laureò a Würzburg nel 1869. Prese parte alla guerra del 1870-71, e nel 1873 incominciò ad esercitare la professione di medico pratico a Burgbernheim.

Dopo la morte della sua prima moglie, andò a studiare la nostra specialità a Tubinga, sotto la guida di Victor Bruns, e poi a Vienna, nel comparto di Schroetter. Nel 1874 si recò a Brem per esercitare ivi la specialità, e colà nel 1875 passò in seconde nozze, e visse da allora in quella città, dove esercitò con coscienza e serietà la sua professione, alla quale dedicò tutta la sua intelligenza.

Ai 13 agosto di quest'anno, dopo aver festeggiato con la sua famiglia a *Steinach am Brenner* le sue nozze di argento, decise — essendo egli stato sempre uno strenuo alpinista — di fare l'ascensione dell'Olperer. Colà si recò il 23 agosto insieme ad una guida espertissima. Giunto sopra una delle vette, Schaeffer, nel passare sopra un ponte di neve, ruzzolò in un abisso profondo e trascinò nella sua caduta la guida. Riportarono entrambi gravi fratture. Tutti i tentativi di salvataggio fatti da loro stessi e durati per molte ore, non approdarono a nulla. Vedendo avvanzarsi imminente ed inesorabile la morte, scrisse, in fondo a quell'abisso, sopra un foglio di carta una lettera alla compagna della sua vita, raccomandando di sussidiare la famiglia della guida, orbata del suo capo, e dando l'estremo vale alla moglie ed ai suoi figli, sul capo dei quali, moribondo, invocò la benedizione di Dio.

La vita scientifica di M a x S c h a e f f e r fu attivissima. I suoi lavori sulla specialità sono numerosi, ed alcuni fecero epoca. Menzioneremo quelli sull'asma, sulle operazioni andolaringee, sui polipi nasali, sopra diverse laringopatie, sulla cura della corizza atrofica, sopra alcune suppurazioni nasali.

Al dolore della sua famiglia associamo il nostro, quello della famiglia scientifica, di cui fu così operoso e coscienzioso componente.

Questo fascicolo è di pag. 68 invece di 48; ne avvertiamo i lettori perchè tengano conto di questa eccedenza, che sarà pareggiata nel venturo numero.

LIBRI VENUTI IN DONO

GOLDSTEIN dott. M. A. — Otitis media. Diagnosis and treatment. St. Louis, 1900.

— Modern therapy of the tympanic cavity. St. Louis, 1900.

— Nasal hemorrhage and the haemophilic diathesis. St. Louis, 1900.

— What not to do in Ear, Nose and Troat work. St. Louis Mo., 1900.

— The radical treatment of follicular tonsillitis. St. Louis Mo., 1900.

SEEBER dott. G. R. — Un nuevo esporozoario parasito del hombre Dos casos encontrados en polipos nasales. Buenos Aires, 1900.

TROMBETTA dott. E. e OSTINO dott. G. — I sensi ed il loro compenso nei sordomuti e nei ciechi. Torino, 1900.

— Nistagmo e canali semicircolari. Studio sperimentale e clinico. Firenze, 1900.

BRESGEN dott. M. — Der Wert des Gurgelns. Halle a. S., 1900,

SAINT-HILAIRE dott. E. — La surdi-mutité. Paris, 1900.

VIOLI dott. J. B. — Sulle iniezioni profilattiche nella difterite. Napoli, 1900.

SPIESS dott. G. — Kurze Anleitung zur Erlernung einer richtigen Tonbildung in Sprache und Gesang. Leipziz, 1900.

— Ueber den Einfluss einer richtigen Stimmbildung auf die Gesundheit des Halses. Berlin, 1900.

MELZI dott. U. — Rendiconto statistico-clinico dell' Ambulanza Laringojatrica del Pio Istituto di S. Corona. Milano, 1900.

— Contributo alla Casuistica dell'otite diabetica. Milano, 1900.

INGERSOLL dott. J. — Polypi in the nasopharynx. Cleveland, 1900.

— Primary epithelioma of the tonsil. St. Louis, 1900.

FLATAU dott. TH. S. — Die Behandlung des chronischen Katarrhs der oberen Luftwege. Berlin, 1900.

BAR dott. L. — De la paralysie faciale au cours du catarrhe aigu de l'oreille moyenne. 1900.

GAREL dott. J. — Les sinusites aigües maxillaires et fontales pendant l'épidémie de Grippe de l'hiver 1899-1900.

— Les nodules laryngés. Ètude thérapeutique et anatomo-pathologique Paris, 1900.

— Le chancre syphilitiqne intra-nasal. Lyon, 1900.

BOTEY dott. R.—De l'importance du pole supérieur de l'amygdale et de la fossette supra-tonsillaire comme cause des péri-amygdalites. phlegmoneuses, extirpation complète de la moitiè superieure de cet organe, comme unique traitement preventif efficace. Paris, 1900.

PETTAZZI dott. A. — Contributo allo studio delle allucinazioni acustiche specialmente in rapporto colle alterazioni dell'apparato uditivo periferico. Torino, 1900.

D' AJUTOLO prof. G.—Dell'aumento numerico dei denti ed in particolare di una donna con 36 e di un uomo con 38 denti. Bologna, 1900.

LUBLINSKI dott. W. — Zur Behandlung der Pachydermia Laryngis mit Salicylsaüre. 1900.

— Diffuses chronisches Hautödem mit Betheiligung des Kehlkopfes. 1900.

GAVELLO dott. G. — Clinica Oto-rino-laringologica della R. Università di Torino. Rendiconto statistico per l'anno scolastico 1899-1900.

COZZOLINO prof. V. — Ueber einen Fall von Pseudoaktinomykose der äusseren Ohrgegend, von einem neuen Fadenbacterium herworgerufen Leipzig, 1900.

LUDWIG dott. C.—Untersuchungen über das Hörvermögen der Taubstummen. Marburg, 1900.

MONSELLES dott. S. — I papillomi della laringe nei bambini e il loro trattamento. Torino, 1900.

CHAUVEAU dott. C. — Le Pharynx. Anatomie et physiologie. Paris, 1901.

AVELLIS dott. G. — Ueber klonische Gaumenmuskelkrämpfe mit objectiv wahrnehmbarem Ohrgeräusch und den Versuch, dasselbe vermittels Durchschneidung der Tensor Veli palat. zu beseitigen. 1898.

— Typische Form von Kehlkopfneuralgie.

— Schleimhautpemphigus als Ursache der Verwachsung des weichen Gaumens und Heilung derselben mittels besonderer Hartgummibougies.

— Der Ausgang des acuten Kieferhöhlenempyems in Verkäsung, seine klinische Würdigung und seine Chancen für die Heilung. Berlin, 1900.

— Die Entstehung der nicht traumatischen Stirnhöhlenmucocele. Berlin, 1901.

ABATE prof. C. — Sull'idrorrea nasale. Firenze, 1900.

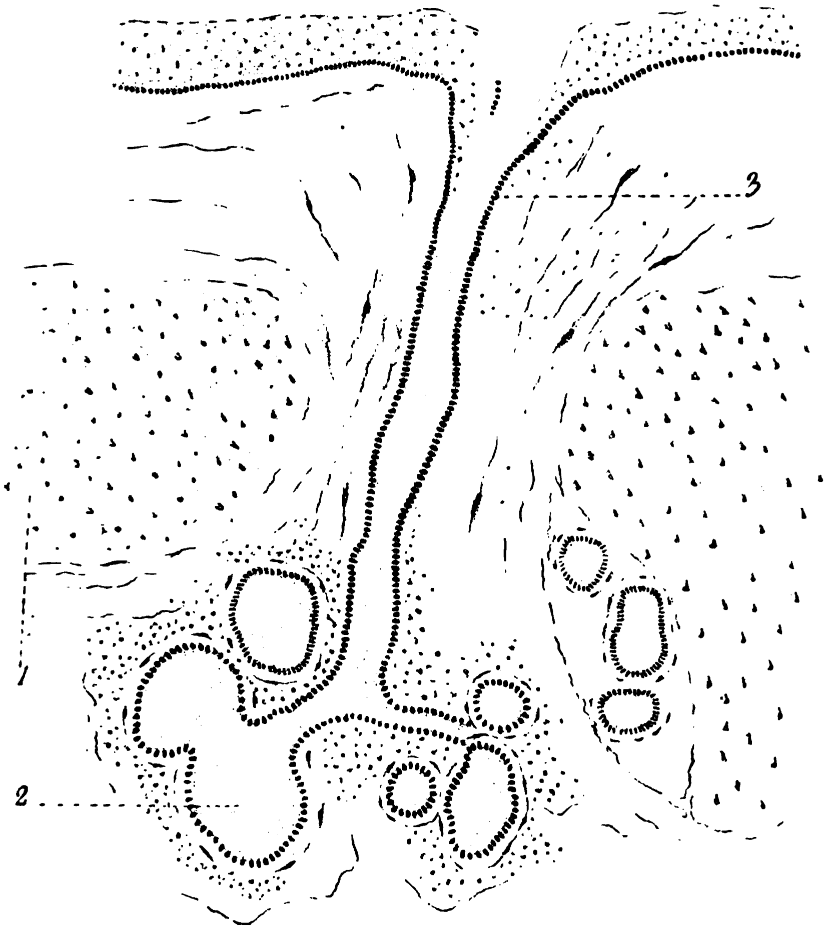
— Faringiti uicarianti. Catania, 1900.

MAYER dott. E. — Anginen durch den Friedländer' schen Bacillus. Berlin, 1900.

MESSI dott. G. — Le lesioni sifilitiche e parasifilitiche del naso. Studio clinico. Napoli; 1900.

La redazione ringrazia sentitamente i gentili donatori.

Fig. 1.



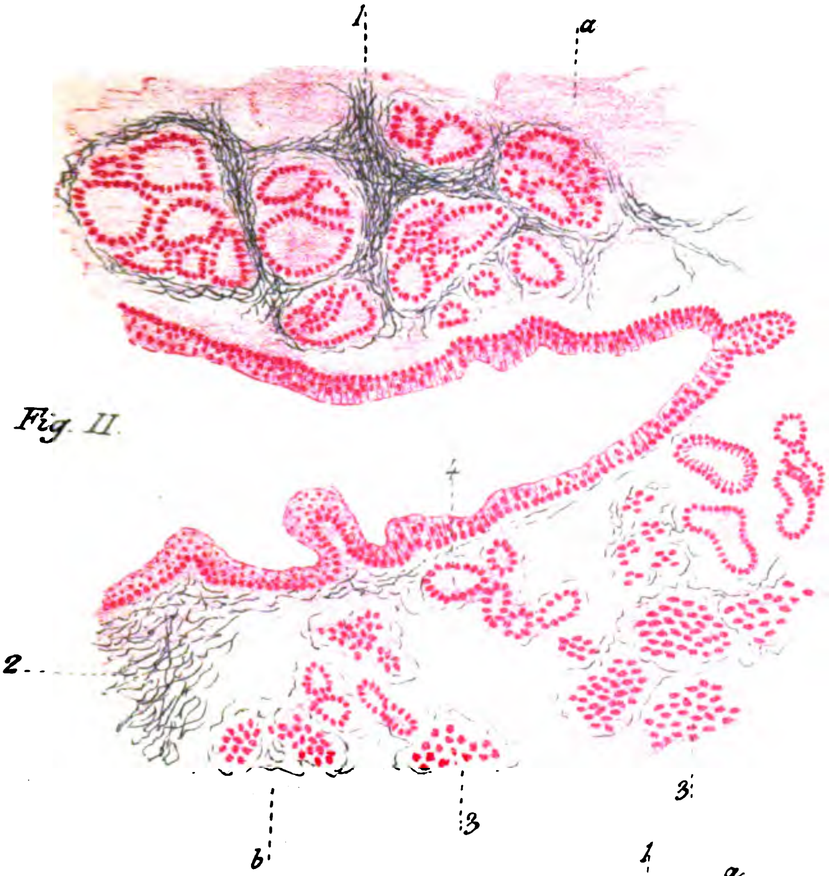


Fig. II.

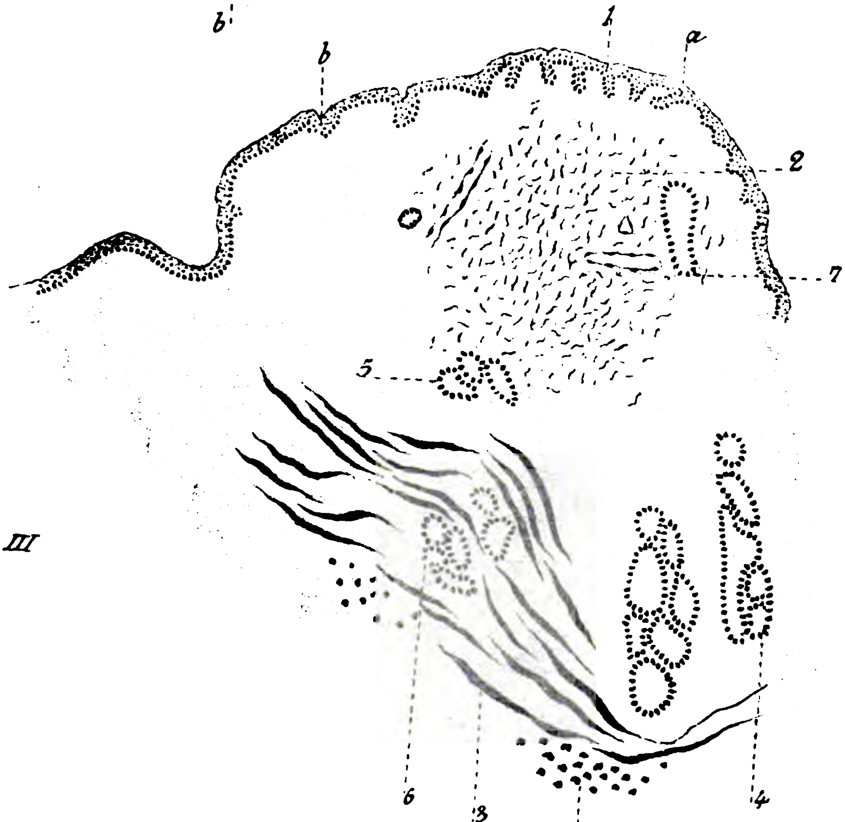


Fig. III

Fig. IV

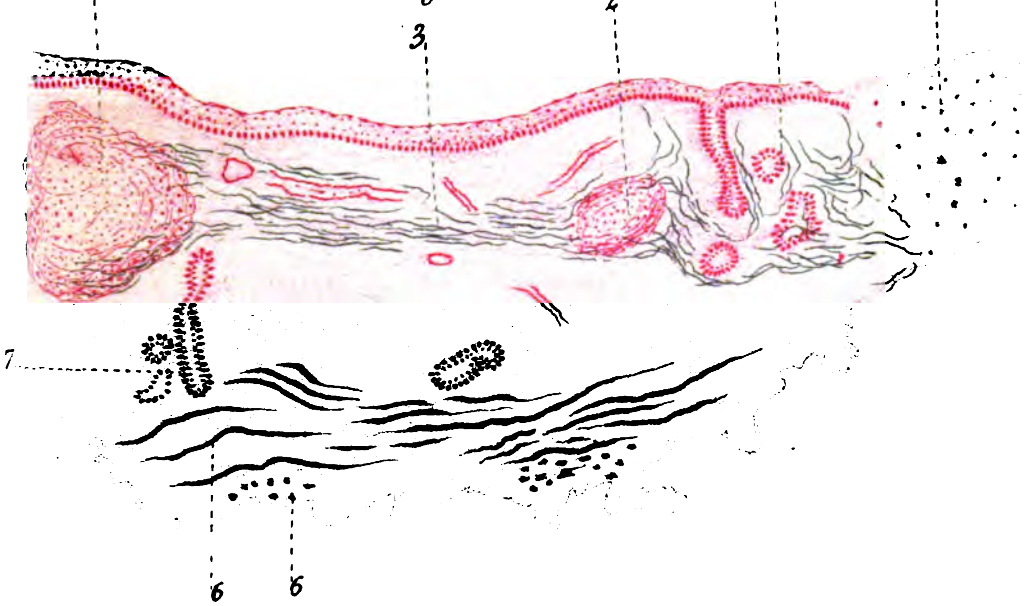
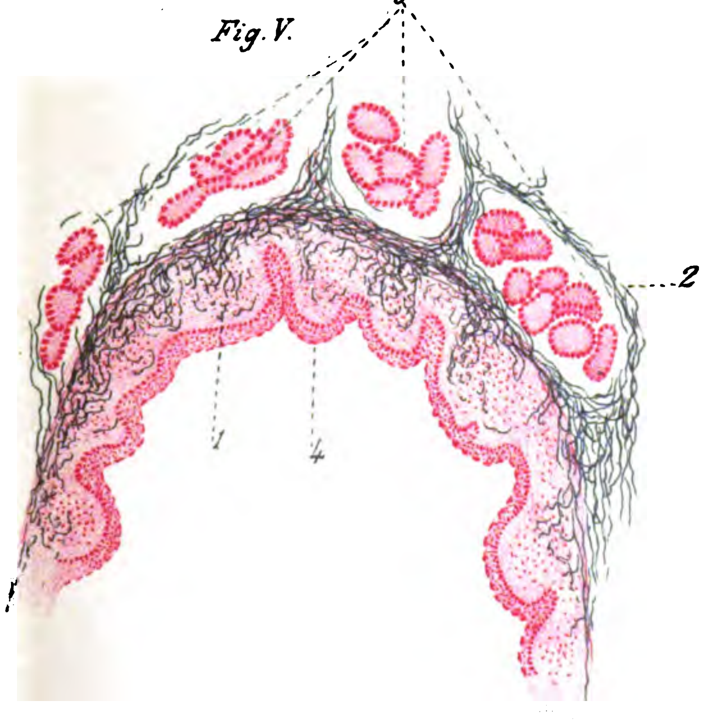


Fig. V.



PARTE ORIGINALE

**Istituto di Laringojatria della R. Università di Napoli
diretto dal Prof. F. MASSEI**

Su due casi di carcinoma delle cellule etmoidali

Nota clinica-istologica pel Dott. G. PROTA
(Assistente)

I tumori dei seni etmoidali sono poco conosciuti, o perchè estremamente rari, o perchè difficilmente si riconoscono al loro inizio; solo quando hanno già indotto disturbi serii nella sfera oculare, od hanno invasi i seni prossimiori, si riesce a diagnosticarne la sede, e qualche volta la natura.

Salvo poche osservazioni singole, nei libri speciali od in quelli di chirurgia generica non ho trovato registrati casi di neoplasie etmoidali, ed in pochi, come in qualche libro più recente, appena vien fatto cenno della possibilità di tali tumori, mentre nei libri di oculistica ed in qualche lavoro speciale si richiama l'attenzione sui disturbi oculari in seguito a tumori dei seni etmoidali.

Perciò credo non inutile contributo l'illustrazione di due casi di carcinoma dei seni etmoidali, che ho avuto opportunità di osservare, e specialmente di uno di essi del quale ho potuto seguire il decorso dall'inizio fino all'esito letale.

***

L'etmoide, situato tra la cavità del cranio, le fosse nasali e le due cavità orbitarie, delle quali forma la maggior parte della parete interna, si suddivide in *lamina cribrosa*, *lamina perpendicolare* e due porzioni *cellulari* o *laterali*, dette anche *labirinto etmoidale.*

La lamina cribrosa, situata orizzontalmente, si articola in avanti con l'osso frontale, immettendosi nell'incisura etmoidale di detto osso, e posteriormente con la parte media del margine anteriore delle appendici ensiformi dello sfenoide.

PARTE ORIGINALE

Istituto di Laringojatria della R. Università di Napoli
diretto dal Prof. F. MASSEI

Su due casi di carcinoma delle cellule etmoidali

Nota clinica-istologica pel Dott. G. Prota
(Assistente)

I tumori dei seni etmoidali sono poco conosciuti, o perchè estremamente rari, o perchè difficilmente si riconoscono al loro inizio; solo quando hanno già indotto disturbi serii nella sfera oculare, od hanno invasi i seni prossimiori, si riesce a diagnosticarne la sede, e qualche volta la natura.

Salvo poche osservazioni singole, nei libri speciali od in quelli di chirurgia generica non ho trovato registrati casi di neoplasie etmoidali, ed in pochi, come in qualche libro più recente, appena vien fatto cenno della possibilità di tali tumori, mentre nei libri di oculistica ed in qualche lavoro speciale si richiama l'attenzione sui disturbi oculari in seguito a tumori dei seni etmoidali.

Perciò credo non inutile contributo l'illustrazione di due casi di carcinoma dei seni etmoidali, che ho avuto opportunità di osservare, e specialmente di uno di essi del quale ho potuto seguire il decorso dall'inizio fino all'esito letale.

***

L'etmoide, situato tra la cavità del cranio, le fosse nasali e le due cavità orbitarie, delle quali forma la maggior parte della parete interna, si suddivide in *lamina cribrosa*, *lamina* [illegible]*rpendicolare* e due porzioni *cellulari* o *laterali*, dette anche [illegible]*le*.

[illegible]osa, situata orizzontalmente, si articola in [illegible]ontale, immettendosi nell'incisura etmoidale [illegible]steriormente con la parte media del mar-[illegible] appendici ensiformi dello sfenoide.

Essa è attraversata da molti forami, ordinariamente non simmetrici, *foramina cribrosa*, ed è la sola porzione dell' etmoide che fa parte della base del cranio, mentre le rimanenti part spettano alle fosse nasali.

La lamina verticale, di rado perfettamente verticale, costituisce la parte superiore del setto osseo del naso.

Le porzioni laterali o cellulari sono una riunione di cellule ossee, a pareti sottili, comunicanti tra loro e con la corrispondente fossa nasale. In generale si suddividono in cellule etmoidali *anteriori*, *medie* e *posteriori*.

Rappresentano, insomma, un sistema assai complicato di lamelle ossee circoscriventi una serie di cavità irregolari, divise, ma comunicanti, da rassomigliare vagamente, sebbene con minore simmetria, ad un nido di api.

Le cavità più centrali sono completamente formate dall'etmoide, perfettamente indipendenti, mentre quelle della periferia sono beanti alla superficie dell'osso e vengono completate dalle cavità delle ossa vicine. Così quelle della porzione anteriore sono chiuse dalle cellule dell'incisura etmoidale del frontale, e quelle del bordo posteriore dallo sfenoide e dal palatino; in basso, poi, il mascellare, ed alla parte anteriore l'unguis completano la chiusura del labirinto etmoidale.

Al di fuori esse vengono chiuse da una parete ossea levigata, quadrilatera, sottile, ma abbastanza resistente, che forma anche la parete interna della cavità orbitaria, cioè dalla lamina papiracea.

Questa è un po' corta e non occlude perfettamente in avanti le cellule etmoidali, di guisa che le anteriori resterebbero scoverte, se non vi fosse l'unguis che viene a completare la parete naso-orbitaria.

Internamente sono limitate dai 2 cornetti etmoidali, il superiore e l'inferiore. Tra i due cornetti etmoidali resta uno spazio libero, detto *meato superiore* delle fosse nasali, nel quale sboccano le cellule etmoidali posteriori e medie, mentre le anteriori si aprono nel meato medio, in quel punto denominato *infundibulum* (Hyrtl).

Dalle nozioni anatomiche sopradescritte, che io ho creduto utile ricordare, risulta che le cellule etmoidali sono contenute nell' interno delle fosse nasali, ove sporgono assieme ai cornetti etmoidali, e si comprende come un tumore dei seni etmoidali possa propagarsi ai seni vicini, frontale e sfenoidale, ed invadere l'orbita.

Difatti, l'occhio risente subito i dannosi effetti di un tumore

sorto primieramente nei seni etmoidali, dati gli stretti rapporti di vicinanza, poichè la parete orbitaria interna o nasale è fatta, in massima parte, dalla lamina papiracea, dall' unguis e dall'apofisi montante del mascellare superiore in avanti. Per cui un tumore, dopo aver infiltrata la mucosa del seno ed occupato la cavità col suo volume, tende, crescendo, a vincere la resistenza delle pareti ossee, ed essendo la naso-orbitaria la più sottile, poco ostacolo può opporre al cammino invadente della neoplasia. Quindi la parete, dapprima fa sporgenza, ma progressivamente crescente, nell' interno dell'orbita, comprime gli organi che vi sono contenuti, e poscia cerca di scacciare l' occhio dalla sua cavità.

In ultimo il tumore, usurato anche l' osso, invade la cavità orbitaria, distruggendo l' occhio, mentre o contemporaneamente, o prima ha già invaso le fosse nasali ed i seni prossimiori, frontale e sfenoidale.

***

Le modificazioni che può subire l' occhio, in seguito ad un tumore etmoidale, consistono nel progressivo e lento sporgere del globo fuori la cavità orbitaria fino alla completa enucleazione, ovvero nei cambiamenti di forma dell'occhio.

L' esoftalmo presenta certe varietà e caratteri clinici importanti per guidarci alla diagnosi del seno primieramente affetto dal neoplasma.

Esso può essere diretto o laterale, cioè l'occhio prende una direzione in avanti, seguendo il diametro antero-posteriore, nella sua uscita dall' orbita, ovvero una direzione laterale in dentro o in fuori, in alto od in basso. Cosicchè i tumori nati nel seno mascellare potranno produrre esoftalmo diretto, più spesso laterale in dentro, quelli del seno frontale o delle cellule etmoidali esoftalmo in fuori; e le neoplasie, sorte dal fondo dell'orbita, a sviluppo progressivo, tenderanno a scacciare l'occhio in fuori, cioè darebbero esoftalmo diretto (Demarquay (1)).

Però questa non è una legge costante, poichè vi sono casi nei quali un tumore della capsula di Tenon ha dato un esoftalmo in basso ed in fuori, facendo pensare ad una neoplasia della parete supero-interna dell' orbita (Gayet). D' altra parte, un tumore del seno frontale o mascellare può produrre spor-

(1) Dict. Jaccoud — Articolo: Esoftalmo, 1871.

genza laterale dell'occhio, quando sposta la parete orbitaria, ma quando l'avrà perforata, si può sviluppare progressivamente nella loggia retro-oculare e dare un esottalmo diretto.

Un altro carattere importante da fare scartare l'idea di una cisti o di un mucocele dei seni è la irriducibilità dell'esoftalmo.

Come conseguenza dell'esoftalmo si ha la diplopia, non coincidendo più gli assi visivi in date posizioni, e la mobilità dell'occhio, conservata dapprima, va progressivamente diminuendo fino all'immobilità, ciò che, assieme alle deformazioni della faccia prodotte dal tumore, dà all'aspetto dell'infermo una espressione particolare.

Infine, col progredire della neoplasia, che ha giá invaso il fondo dell'orbita, l'occhio viene sempre più ad essere scacciato dalla sua cavità naturale ed a non essere più riparato dalle palpebre, per cui la cornea s'infiamma, esposta agli stimoli esterni, si ulcera, lasciando passare il contenuto oculare, e l'organo si atrofizza.

Di rado si può avere inclavamento dell'occhio atrofico nella massa del tumore come nel caso descritto da Brisson (1).

Poi si possono avere modificazioni di forma, accorciamento di uno dei diametri, scollamento retinico etc.

Cosicchè i disturbi oculari ci aiutano a diagnosticare l'invasione orbitaria da parte di un tumore dei seni vicini, ma essi solamente non bastano per la diagnosi dell'origine e della sede della neoplasia. Ciascun seno presenta anche dei sintomi e dei caratteri clinici ed obbiettivi da poterci illuminare nella diagnosi di sede.

I sintomi di un tumore delle cellule etmoidali variano a seconda che la neoplasia è limitata alla periferia, o si trova nel corpo dei seni etmoidali, e secondo che il tumore è ancora in modeste proporzioni limitato all'etmoide, ovvero ha già invaso l'orbita e le cavità circostanti.

Ordinariamente, da principio si hanno dolori, aumento di secrezione nasale, senso di calore locale, cefalalgia, epistassi, nevralgie etc., sintomi non patognomonici e comuni a molte affezioni nasali.

In un secondo periodo questi fatti aumentano d'intensità e cominciano le deformazioni da parte delle pareti del seno, e siccome la papiracea è la più sottile, così è la prima a cedere ed a

---

(1) Étude des tumeurs des sinus de la face — Archives Prov. de chirurgie — volume IX; n. 12 1900.

far pressione sull' occhio, in modo che si nota sporgenza del globo oculare in avanti e lateralmente in fuori. Infossando un pò il dito, profondamente, verso l' angolo interno dell' occhio, si può sentire una certa resistenza e la sporgenza che fa la parete. Da parte delle fosse nasali si può avere invasione del tumore verso il meato medio con deviazione o distruzione del cornetto medio.

In un periodo più avvanzato, si può avere la invasione più o meno completa della cavità orbitaria, con esoftalmo il quale presenta i caratteri già descritti sopra, fino all'enucleazione e distruzione dell'occhio e propagazione ai seni vicini, frontale e sfenoidale; occlusione completa della fossa nasale corrispondente con deviazione del setto, e prolungamenti del tumore nel cavo naso-faringeo. Poi, diffusione alle cellule etmoidali del lato opposto, ed infine propagazione alla base del cranio con tutti i fenomeni meningei.

L' esame rinoscopico anteriore e posteriore, ci metterà in grado di apprezzare la diffusione del tumore e l'estensione nella fossa nasale e nel cavo naso-faringeo.

La natura della neoplasia ci sarà confermata dall'esame microscopico dei pezzetti asportati a bella posta.

I tumori dei seni etmoidali possono essere benigni o maligni; fra i primi si citano le cisti, i fibromi, i condromi, gli osteomi, ma sono abbastanza rari; tra i secondi i sarcomi, gli epiteliomi e i carcinomi.

Stante la sottigliezza della parete papiracea e delle cellule etmoidali, anche una cisti può produrre compressione sull'occhio, così nei casi di Zuckerkandl e di Bayer, e in quello di Pinard (1) ove la diagnosi di encefalocele fu smentita al momento dell'intervento. Strazza (2) ha osservato un tumore cistico dell' etmoide in una giovane ventenne, il quale avea compresso l'orbita e la fossa nasale.

Bosworth (3) parla di polipi mucosi delle cellule etmoidali.

Picardi ha osservato un sarcoma del seno etmoidale con tre prolungamenti: nasale frontale ed orbitario; quest' ultimo avea compromesso seriamente la vista. Sourdrille (4) poi, ha

(1) Citati da Brisson — Étude des tumeurs des sinus de la face — Archives Provinc. de chirurgie — Volume IX., n. 12, 1900.

(2) Bollettino delle malattie dell'orecchio ecc. — 1892,

(3) Società laringologica americana (Congresso di Washington).

(4) Soc. anat. 1896.

descritto un epitelioma, sorto nelle cellule etmoidali, che avea invaso le cavità cranica e della faccia.

La diagnosi di un tumore delle cellule etmoidali, non è sempre facile specie all'inizio, quando il tumore è nel corpo dell'etmoide, poichè il solo sintoma è il dolore fronto-occipitale ed un pò di secrezione nasale verso il meato medio.

Solamente quando si hanno disturbi oculari, assieme alle note rinoscopiche rilevabili obbiettivamente, si può sospettare una neoplasia etmoidale.

Del resto, tali tumori sono suscettibili di svilupparsi in un dato momento verso l'orbita, con una rapidità più o meno celere, secondo la costituzione del tumore. Si citano anche casi di tumori maligni dell'angolo interno dell'occhio, che secondariamente hanno invaso i seni frontali e la cavità etmoidale; in tal caso l'anamnesi e la primitiva sede del tumore ci metteranno in grado di farne la diagnosi.

La cura consiste nell'asportazione sia dalla via nasale, che dalla via esterna. Però io credo che si possa intervenire solamente quando il tumore è ancora in limitate proporzioni, e che convenga sempre la via nasale, potendo così dominare il campo operativo e l'emorragia, come ha recentemente dimostrato Moure (1).

***

Il giorno 27 Marzo 1900 viene a consultarmi un certo Pietro Castaldi, di anni 31, di mestiere acquafrescaio, da Napoli, ammogliato con prole, accusando cefalea ed occlusione della fossa nasale sinistra.

Giovane, ben conformato, senza alcun precedente morboso, racconta di essere infermo da 2 mesi, e che il suo malessere s'iniziò con forte cefalea, specie di notte, a prevalenza fronto-occipitale e disturbi nasali con abbondante secrezione dal lato sinistro. La respirazione da questa parte non era libera. Per consiglio di un medico fece la cura antisifilitica, attribuendo a tale affezione la persistente cefalea, ma senza alcun risultato favorevole.

Dopo poco tempo sopraggiunsero frequenti rinorragie, che finirono di estenuare le forze dell'infermo, già debole per l'insonnia causata dai forti dolori di capo.

---

(1) Traitement des tumeurs des fosses nasales — Congrés de la Soc. Franc. d'Otologie, de Laryngologie etc. Parigi, Maggio 1899.

In seguito ad una forte epistassi, notando completa occlusione nasale al lato sinistro con aumento del dolore di capo e ipoacusia all'orecchio sinistro, si decise a consultare uno specialista.

All'esame obbiettivo, trovo la fossa nasale sinistra completamente pervia anteriormente, però l'aria non passava affatto, e solamente verso il meato medio si notava tumefazione della mucosa e scomparsa della fenditura olfattiva.

Con la rinoscopia posteriore, in corrispondenza della coana sinistra, notai una massa poliposa che l'occludeva, bernoccoluta, di colorito roseo. Col dito, oltre ai caratteri suddescritti, rilevai che la neoplasia era dura, ben circoscritta, poco mobile ed attaccata all'estremità posteriore del cornetto medio, poichè il setto era libero. L'infermo era anemico e sofferente, forse per le frequenti epistassi.

Diagnosticai un tumore poliposo della coana sinistra, di natura fibrosa, e proposi la asportazione, spiegandomi la sintomatologia presentata dal paziente con la presenza del tumore in quella sede.

Però l'infermo preoccupato di dover subire un'operazione, volle consultare anche il prof. Massei, il quale non solo confermò la mia diagnosi, ma lo persuase a farsi operare.

Così il giorno 31 Marzo l'infermo viene all'Ambulatorio, ove dopo averlo cocainizzato, il prof. Massei cerca di afferrare il tumore dalla fossa nasale, a mezzo dell'uncino di Lange, ma non riuscendo ad uncinare il tumore, lo asporta con la pinza retronasale di Stöerk dalla via del cavo naso-faringeo.

Il tumore venne così asportato intero, e senza sangue, e conservato in alcool assoluto per poterne poi fare preparati istologici e studiarne la natura.

Zaffata la fossa nasale, il paziente fu dimesso, raccomandandogli di farsi rivedere l'indomani.

Riosservato per 3 o 4 giorni di seguito, notai che la respirazione per la fossa nasale sinistra si compiva bene, e non si vedeva il punto d'impianto del tumore naso-faringeo. Solamente il dolore fronto-occipitale continuava, sebbene in minor grado. Consigliai delle lavande antisettiche e gli raccomandai di farsi rivedere fra 8 giorni.

Dopo questo tempo, il paziente si presentò accusando di nuovo diminuita permeabilità della fossa nasale, forti dolori alla fronte ed all'occipite, con senso di tensione locale e da parte dell'occhio sinistro. Alla rinoscopia anteriore, osservai il meato medio occupato da una massa neoplastica, rosea, facilmente sanguinante, ricoperta da sanie sanguigna, occludente a metà la fossa

nasale. Infossando il dito all'angolo interno dell'occhio sinistro notai sporgente la parete orbitaria interna, e dolente alla pressione, come pure la sonda, introdotta nel naso per meglio delimitare la massa neoplastica, provocava deliquio. Alla rinoscopia aversa, nessun accenno di riproduzione del tumore nel cavo naso-faringeo.

Diagnosticai un tumore sorto nelle cellule etmoidali con una propaggine nel cavo naso-faringeo, di natura maligna, poichè progrediva così rapidamente.

Asportai, perciò, dei pezzetti a fine di assodarne la natura.

Rividi l' infermo ogni 8 giorni e potetti così seguire il corso invadente della neoplasia, che successivamente occupò quasi tutta la fossa nasale sinistra e fece sempre più sporgere la lamina papiracea sotto la pressione del tumore.

L' esame dei pezzetti asportati dimostrò trattarsi di cancro, per cui rifiutai ogni ulteriore intervento e della stessa opinione fu il prof. Massei. Nondimeno, inviai il paziente ad un distinto chirurgo della città per sapere il suo parere, ma anche questi sconsigliò qualunque operazione.

Sfiduciato l'infermo, non si fece più vedere e ricorse ad un segretista, il quale con certe medele e facendo una specie di massaggio sulla parete ossea orbitaria e sul naso cercò di distruggere il tumore, provocando gravi sofferenze al paziente e così riuscì a far crescere più presto, coi suoi maltrattamenti la neoplasia.

Ritornato da me l'infermo dopo un mese, cioè a fine Maggio, lo ritrovai in pessime condizioni; la nutrizione era scaduta e la fossa nasale era stata occupata interamente dal tumore, che arrivava fino a livello della narice con deformazione del naso; l'esoftalmo era più pronunziato, la congiuntiva iniettata; epifora e diplopia. I dolori di capo erano intensi e persistenti, lo scolo dal naso divenne fetido, le frequenti epistassi ridussero talmente debole il paziente, che fu costretto a giacere a letto.

In tali condizioni tirò avanti altri 2 mesi sempre peggiorando, sia per le rinorragie, che per la cachessia. Il tumore invase successivamente tutto il cavo orbitario, distruggendo l'occhio, che atrofico e compresso appena si distingueva alla superficie del tumore, spostato però in fuori della sua sede naturale; poscia distrusse il setto nasale, invadendo l'altra fossa di destra, e facendo protuberare il palato duro. In seguito, si ebbe invasione delle cellule etmoidali di destra con tutti i disturbi occulari da questo lato fino alla perdita completa dell'occhio.

Quando lo rividi, pochi giorni prima dell'esito letale, cioè ai primi di Agosto, trovai un mostro, poichè la faccia era tutta deformata: la regione orbitaria sinistra occupata da una massa neoplastica ulcerata che in pochi punti si vedeva ancora coperta dalla cute; ambo gli occhi distrutti; il naso dilatato dal tumore che faceva pressione dall'interno; dalla narice sinistra usciva una grossa massa rotonda quanto una arancia, ulcerata e sanguinante. Il cavo naso-faringeo, occupato parimenti dal tumore ed il palato duro introflesso nel cavo orale. Perdita della coscienza, fenomeni meningei, coma; morte al 12 Agosto.

Sarebbe stato utile ed importante il reperto necroscopico, ma la famiglia non lo permise, sebbene avessi usato tutti i mezzi per farla accondiscendere.

***

Il polipo asportato dal cavo naso-faringeo non era altro che il cornetto medio di sinistra, che il tumore cancerigno, sorto primieramente nel seno etmoidale, avea staccato e lussato verso la coana, rimanendo adeso per un sol punto, cioè con l'estremità posteriore. I preparati, fatti con tale pezzo, fanno rilevare che esso è formato dal cornetto medio, e vi si nota lo scheletro osseo piuttosto assottigliato, la sottomucosa ricca di glandole e vasi, la mucosa rivestita da epitelio cilindrico.

Corrispondentemente alla faccia superiore del cornetto, in prossimità del punto che si continuava con la neoplasia, si nota tutta la sottomucosa ricca di elementi fuso-cellulari in modo da assumere l'aspetto sarcomatoso. Negli altri si rinvengono, invece, numerose glandole e qualche vase a pareti molto ipertrofiche, insieme a numerose sezioni di lacune linfatiche e di capillari.

L'esame dei pezzetti, asportati dal tumore nasale, dimostra completamente scomparso il rivestimento epiteliale, il quale nei pochi punti in cui è conservato appare ulcerato.

Gli elementi neoplastici di natura epiteliale si presentano sparsi nel tessuto a piccoli gruppi od a grosse isole, in mezzo agli smagliamenti del connettivo, il quale a sua volta, è fortemente iperplastico, tanto che nei punti ove mancano gli elementi epiteliali, pare proprio da avere a fare con un tessuto sarcomatoso.

Nell'istesso connettivo vi sono numerosi versamenti di sangue, irregolarmente sparsi per il preparato, ed in tali punti, tanto

gli elementi epiteliali, che quelli connettivali mostrano una fase necrotica.

Assenza completa di vasi bene sviluppati ; soltanto si vedono alcuni capillari, dimodochè la struttura di questo tumore si avvicina assai a quella dello scirro, tenuto conto della speciale disposizione degli elementi epiteliali.

***

Il secondo caso riguarda una tale Concetta Tortora, lavandaja di a. 65, maritata, da Posillipo, inviatami dal dottor Ceraso, direttore del reparto oculistico della Poliambulanza partenopea, al quale si era presentata il 17 luglio 1900 per farsi curare di cecità.

L'esame oftalmoscopico rilevò esoftalmo dell' occhio destro, ch' era spostato in basso ed in fuori ; mobilità limitata ; cecità perfetta ; abolizione completa della percezione qualitativa e quantitativa della luce; camera anteriore abolita. In ambo gli occhi vi era intorbidamento della lente e pupille dilatate.

Da parte del naso rilevai occlusione completa della fossa nasale destra per la presenza di una massa neoplastica, rossa sanguinante ed ulcerata, che arrivava anteriormente fino a livello dell'estremità anteriore del cornetto inferiore, depresso da tale neoplasia.

Posteriormente, il tumore si fermava al limite della coana, senza fuoriuscire nel cavo naso-faringeo.

Scolo purulento e sanguigno dalla cavità nasale destra, con dolori frontale ed occipitale; frequenti rinorragie. Fossa nasale sinistra libera.

L'inferma era emaciata ed anemica, sebbene fosse ben conformata, e raccontò che i suoi disturbi erano cominciati quattro mesi prima, con dolore frontale che si ripercoteva all' occipite ed alla metà destra del capo, con senso di tensione e scolo purulento dal naso.

Gradatamente cominciò l' ostruzione, che progredì fino alla completa occlusione della fossa nasale destra ; i dolori aumentarono e le epistassi si fecero più frequenti. Contemporaneamente si ebbe deviazione dell'occhio destro con abolizione completa della vista, e fu allora che ricorse all'oculista. Però la cateratta bilaterale era anteriore ai disturbi nasali, ed è da attribuirsi al tumore nasale, ch'era limitato alla sola fossa nasale destra, soltanto l'abolizione della visione dell'occhio destro.

Diagnosticai un tumore maligno della fossa nasale destra con

punto di partenza dal seno etmoidale, diffusione probabile al seno sfenoidale, e dissi che non era il caso di alcun intervento attivo. Seduta stante asportai alcuni pezzetti della neoplasia per eseguire l'esame istologico a conferma della sua natura.

L'inferma, dopo tale visita, non si fece più vedere, nè ho potuto più avere sue notizie.

Tutti i preparati del tumore sono costituiti da tessuto epiteliale fortemente proliferato. Il rivestimento mucoso è quasi completamente ulcerato, e nei punti ov'è conservato vi si nota deposito di sangue.

Il connettivo di stroma è ridotto a sottili sepimenti, non si presenta ricco di elementi fusocellulari da mentire (come nel caso precedente su descritto) la fase sarcomatosa.

Relativamente alla disposizione degli elementi epiteliali, è da rilevare che in alcuni punti essi appariscono come tubi completamente pieni, sezionati trasversalmente e disposti gli uni accanto agli altri, in modo da far assumere al tessuto l' aspetto di un carcinoma glandolare, che nel caso nostro potrebbe ripetere l'origine dalla mucosa del seno etmoidale.

Quest'aspetto, però, non è chiarissimo, a causa dell'enorme sviluppo delle cellule epiteliali che si raggruppano così vicine le une alle altre, da lasciare visibile, solo in alcuni punti, la struttura suddetta.

In altre sezioni, invece, nelle quali il taglio è capitato più alla superficie del tumore, si nota una struttura schiettamente epiteliomatosa: grosse propaggini di tale tessuto si addentrano ramificandosi nel tessuto di sostegno, anastomizzandosi variamente fra di loro.

Anche in questo tumore si notano versamenti sanguigni, tanto alla superficie, che nello interno; il sangue, in quest'ultimo caso, si presenta quasi omogeneo, con dentro alcune ramificazioni di capillari, il che dimostra che cominciava ad organizzarsi.

La struttura del connettivo, in opposto all' osservazione del primo caso descritto, è mixomatosa, e vi si discernono perfettamente bene tanto le cellule rotonde, che le stellate.

In alcuni punti, al limite tra il tessuto epiteliale ed il connettivo, si nota una membranella formata da un semplice strato di elementi fusocellulari messi a catena, che potrebbe essere rappresentante (essendo interrotta in molti punti) della cuticola dei dotti glandolari. Questa osservazione avvalorerebbe allora, di più, l' ipotesi che, quantunque non si presentino in forma chiara, le produzioni epiteliali (in questo tumore) sieno originarie dei tubi glandolari della mucosa dei seni etmoidali.

Scarseggiano i vasi arteriosi e si rinvengono parecchi capillari, i quali, a loro volta, presentano una certa infiltrazione parvicellulare delle pareti.

***

L'osservazione del primo caso mi sembra importante, sopratutto per la difficoltà diagnostica, poichè i primi sintomi presentati dall'infermo si potevano benissimo spiegare con la presenza del polipo naso-faringeo. D'altra parte questo, clinicamente, avea l'aspetto di un fibroma, giacchè lo scheletro osseo, coverto dalla mucosa nasale sana, dava la durezza, mentre l'esame istologico mostrò, più tardi, che trattavasi del cornetto medio sinistro, mentre l'esame rinoscopico facea vedere la fossa nasale libera ed al posto del cornetto medio una tumefazione omogenea da potersi attribuire a rinite ipertrofica.

Non sospettavamo che tutto ciò fosse stato il lavorio del tumore cancerigno del seno etmoidale, poichè non vi era altro sintoma che la nevralgia fronto-occipitale.

Ma il progredire rapido del tumore ed i disturbi dell'occhio ci misero sulla via della vera diagnosi.

Mi spiego l'enorme sviluppo preso dal tumore, pensando ai maltrattamenti ed alle manovre che vi fece quel tale cerretano distruggendo maggiormente le pareti ossee che facevano debole barriera all'invasione della neoplasia, la quale per la sua natura maligna facilmente ripullulava.

Ed il rapido progresso del tumore, che man mano invadeva l'orbita, il seno sfenoidale e poscia l'altro seno etmoidale, ci veniva svelato dai sintomi oculari: esoftalmo, enucleazione, atrofia.

L'infermo, perchè ancora giovane e forte, potette resistere per 5 mesi a tale malanno, sebbene indebolito dalle frequenti rinorragie e dalla invadente cachessia.

Il secondo caso è anche importante; in opposto alla prima osservazione, i sintomi ocularie nasali erano chiari per farci ammettere, a prima vista, un tumore maligno delle cellule etmoidali.

Però bisogna ritenere che una propaggine del tumore avea invasa l'orbita posteriormente, distruggendo il nervo ottico, per spiegarci la cecità completa dal lato affetto, oppure che il seno sfenoidale era stato preso dal tumore.

A conferma della nostra diagnosi sta l'esame istologico che

ha mostrato trattarsi di un carcinoma glandolare originato primieramente dalla mucosa del seno etmoidale.

Potremmo anche spiegare il lento progredire di questo tumore in confronto dell'altro descritto sopra, col fatto che non è stato toccato, o che per sua natura cresceva lentamente.

La natura di tali tumori, e più di tutto la sede e la loro cstensione non ci han fatto intervenire, non potendo praticare estese demolizioni come sarebbe stato possibile in altre sedi per tumori consimili.

RIVISTA DI OPERE E GIORNALI

Letulle prof. M. — *Angina di Vincent* (*Angine de Vincent*)

Tra le lesioni ulcerative della mucosa dell'istmo delle fauci, è stata, or sono due anni, distinta metodicamente dal Vincent questa affezione, tanto dal punto di vista clinico, che batteriologico; affezione la quale dapprima fu considerata dal detto autore come una *forma particolare di angina difteroidea,* poi come *angina difteroide a bacilli fusiformi*, ma che altri autori han designato col nome di *amigdalite lacunare ulcerosa acuta* ecc. Letulle crede che in Francia l'« angina di Vincent » costituisca una designazione abbastanza precisa, senza pregiudicare la soluzione del problema, ancora pendente a suo avviso, circa la causa specifica di questa infezione gutturale.

In quanto alla parte clinica, l'A. si riporta a quanto è stato bene tracciato da Vincent, cioè che si tratti di un'angina acuta tonsillare, ad inizio febbrile o sub-febbrile, con dolori ordinariamente leggieri e con disturbi funzionali moderati. La malattia è caratterizzata da una infiammazione ulcerativa, membraniforme, polposa, od ulcero-membranosa di una tonsilla, raramente di tutte e due, e della mucosa vicina; la partecipazione dei gangli sottomascellari è minima, giammai inquietante, lo stato generale è poco influenzato, malgrado l'alito fetido ed il gastricismo che accompagna necessariamente nelle prime ore, o nei primi giorni, questa infezione oro-faringea. Nella grande maggioranza dei casi finora pubblicati è impossibile di rinvenire negli antecedenti degl'infermi una qualunque ragione locale o generale che possa spiegare l'affacciarsi di questa particolare lesione della mucosa orale, ovvero giustificarne la tenacità, le recrudescenze o l'estendersi di un processo così distruttivo, atonico, per quanto circoscritto. Allorchè lo si trascura, e massime quando vi s'interviene con qualche caustico, la lesione persiste atonica, stazionaria, se pure non si estende. La ulcerazione si scava nella tonsilla una loggia assai profonda, che si riempie di detrito grigiastro, ma senza odore gangrenoso, che la pinzetta riesce a togliere con una certa difficoltà, e che il tampone di cotone imbevuto di tintura di jodo dilacera, facendo sanguinare facilmente i tessuti sottostanti; i margini si presentano tagliati a picco, un po' gonfi ed anche intaccati qua e là, avendo il processo necrobiotico subacuto interessato il tessuto reticolato della tonsilla.

Allora sopraggiungono fasi diverse, secondo i casi, di miglioramento con granulazioni e di reinfezione locale sulla stessa tonsilla o su tutte e due sul pilastro palatino anteriore, su quello posteriore o sull'ugola, sulla solcatura gengivale dell'ultimo molare, e talora anche sulla mucosa geniena o labiale. In fine, dopo una serie variabile di queste reinfezioni, la lesione, che rimane ulcero-membraniforme in tutte le sue manifestazioni, si estingue in sito, producendosi una riparazione vegetante e completa della mucosa.

L'evoluzione della malattia dura da 10 a 30, 60, 70 giorni ed anch, più. La guarigione è la regola, senza che si conoscano complicanze glandolari, renali o sierose.

La cura consiste principalmente in lavacri della bocca con acqua sterilizzata e cauterizzazioni locali quotidiane con tintura di jodo.

Di questa affezione sono stati finora descritti una sessantina di casi, pertinenti quasi tutti ad autori francesi; presso noi, non è che questi casi mancano, ma è da credere che finora su di essi non si è fissata troppo l'attenzione.

Letulle prende questa occasione per riferire una sua recente osservazione, fatta all' *Ospedale Boucicaut*, la quale non solo è dimostrativa, ma presenta in particolare la coincidenza di una *stomatite ulcero-membraniforme gengivale* con una *amigdalite ulcerosa* prossimiora, e non contigua. L'*esame batteriologico* di questo caso, eseguito dall'A. insieme al dottor Tissier, ora gli offre argomento di manifestare il suo giudizio sulla natura e la patogenesi della così detta: «angina di Vincent».

Per Vincent, dice Letulle, questa angina è cagionata da un « *bacillo fusiforme*, facilmente riconoscibile per la sua lunghezza (10 a 12 mm. circa), per la sua porzione media rigonfiata e per i suoi estremi assottigliati »: bacillo, che è spesso associato ad uno *spirillo*, più difficile a colorarsi.

Di questo bacillo il Vincent ammette parecchie forme, specialmente una forma *corta*, spesso riunita a diplo-bacillo, e spesso incurvata a virgola. Il bacillo è talvolta più lungo e può divenire filamentoso; la sua ricchezza nell'essudato può essere straordinaria.

Al contrario, nel loro caso, Letulle e Tissier, esaminando (all'immersione omogenea e graduando sufficientemente l'intensità luminosa) le particelle membranose *diluite nella saliva del malato* (dettaglio che essi raccomandano caldamente), hanno riconosciuto la presenza, nel campo microscopico, di un numero considerevole di due specie di elementi: 1° gli uni, assai fini, lunghi, conformati a cava-turaccioli, nuotanti nelle correnti liquide, che, dopo di essere stati un po' di tempo immobili, si muovono bruscamente, stendendosi e distendendosi: essi sono, come ha già

stabilito Nicolle, degli *spiroceti* e non degli spirilli, e corrispondono alla prima varietà descritta come meno costante da Vincent; 2° gli altri microbi, predominanti nello stesso essudato, sono una specie di batteri allungati, rigonfiati alla parte media, d'aspetto fusiforme, ma *egualmente mobili*, più che gli spiroceti, con movimenti ondulatori in uno stesso piano: sono *spirilli*. A capo di pochi minuti, spiroceti e spirilli s'immobilizzano e muoiono. Questo spirillo è identico al bacillo fusiforme descritto da Vincent, come si può vedere colorando con il Ziehl (v. il lavoro originale). Oltre a queste due varietà di batteri, l'essudato contiene un numero assai scarso di altri elementi; però la fibrina ed i leucociti polinucleari sono abbondanti. I saggi di culture in mezzi svariatissimi non hanno loro permesso finora di ottenere colonie nè di spirilli, nè di spiroceti.

In conclusione, secondo Letulle, questi due germi coesistono e predominano nel detrito fibrinoso e necrobiotico dell'ulcera di Vincent; lo spiroceto (designato come spirillo da Vincent) può mancare; lo spirillo fusiforme è sempre presente: esso diminuisce fino a scomparire quando l'ulcerazione migliora, riappare in caso di reinfezione.

Dopo quanto precede, anche noi ci domandiamo, come fa Letulle: tali constatazioni per quanto ora meglio accertate, sono sufficienti per caratterizzare la specificità causale della malattia? Giacchè questo autore ha riscontrato, tutte le volte che esiste nella bocca una ulcerazione tenace, grigiastra, polposa e membranosa, numerosi spiroceti associati a spirilli fusiformi; così nelle sifilidi ulcerose del velo pendolo, nelle ulcerazioni tubercolari della lingua e della gola, in un cancro diffuso della cavità orale e dell'amigdala, nelle gengiviti ulcerose, espulsi ve e diabetiche. È, perciò, malagevole accordare un valore etiologico allo *spirillo fusiforme* nello sviluppo dell'*angina difteroide*, per quanto la sua eccessiva predominanza qui, rispetto alle altre forme morbose succitate sia un altro fatto già acquisito alla scienza; quindi sarà meglio attendere le prossime rivelazioni della batteriologia bucco-faringea, la quale sarà profondamente rimaneggiata per le ricerche moderne sul mondo degli anaerobii.

Tutto ciò non toglie che resta ognora alla malattia un posto a sè in nosografia, appunto per la sua fisonomia clinica per ora così bene delineata da Vincent.

(La *Presse médicale*, N. 107, dicembre 1900).

TRIFILETTI

WRIGHT dott. J. — *Il carattere non mixomatoso dei polipi nasali* (*The non-myxomatous character of nasal polypi*).

In questa memoria, letta il 1° dicembre 1900, alla *Southern Section of the American Laryngological, Rhinological and Otological Society*, l'A. ha voluto protestare contro la confusione, che da qualche tempo fa capo-

lino in Rinopatologia, fra le espressioni *mixoma* e *polipi nasali*; due forme che hanno struttura e caratteri ben differenti fra loro. Da parecchi anni, produzioni polipose genuine del naso vengono da alcuni autori battezzate come mixomatose. Ciò è causa di un equivoco che deve assolutamente essere bandito dalla Scienza. Molti rinologi competenti, anche quelli familiari con ricerche istologiche, riguardano il mixoma come una neoformazione di tessuto, una proliferazione di cellule embrionali in un liquido mucoide omogeneo, il quale ha caratteri chimici e reazioni cromatiche differenti dall' ordinario siero, e contiene un poco di mucina. Tutt'altro si riscontra nel polipo nasale. Vero è che qualche volta nei succhi di questo si riscontra un poco di mucina, provveniente dagli elementi glandolari che può contenere; vero è che in alcuni casi un esame istologico molto accurato fa rilevare cellule connettivali neoformate di carattere embrionale; ma in esso non vi è punto, oppure soltanto lievissima neoformazione di tessuto; il carattere culminante è costituito da separazione delle fibre dello stroma sotto-epiteliale preesistente. In non pochi casi queste fibre che costituiscono lo stroma del tumore sono così scarse, oppure l'effusione del siero si verifica così direttamente sotto l'epitelio, che la fibrina coagulata, di forma reticolare, rappresenta la trama del tumore, e contiene pochi leucociti nelle sue maglie. Inoltre, l'A. fa rilevare che i polipi occorrono nel naso con maggiore frequenza che non i mixomi in tutte le altre parti del corpo, ed è probabile che sieno più frequenti di tutti gli altri tumori benigni presi insieme. Basti dire che Zuckerkandl asserisce che all'autopsia, sopra ogni otto o nove cadaveri, se ne riscontra uno, nel naso del quale vi sono dei polipi.

Ciò premesso, l'A. fa una rapida rassegna delle opinioni emesse sulla natura dei polipi nasali: a partire da Ippocrate e Galeno fino a Juncker, Gorter, Morgagni, John Watson, che nel 1842 pubblicò una memoria dal titolo: *An inquiry into the pathology and treatment of polypous tumours of the nasal fossae*, nel quale espresse, su per giù, l'opinione accampata da Chelius nel suo « *Trattato di Chirurgia* », cioè che i polipi si originano come una tumefazione edematosa di pliche della mucosa, cui si associa l' ipertrofia del tessuto sottomucoso. Al Virchow è indubbiamente devoluto il merito di avere fatto progredire non poco le nostre conoscenze così sui polipi, come sui mixomi. Egli fece rilevare il nesso in cui stanno i mixomi con la metamorfosi regressiva di tumori lipomatosi, e stabilì che « negli adulti il mixoma è relativamente raro, finanche nella metamorfosi atrofica del tessuto adiposo in membrane mucose ». Senza entrare in merito delle idee espresse dal Virchow sui mixomi e sui polipi, l'A. insiste nel far rilevare che, anche ammettendo che il mixoma sia una varietà di proliferazione connettivale infiltrata di essudato sieroso, pur tuttavia convien ritenere per fermo che l'ordinario polipo nasale non è essenzialmente una proliferazione di tessuto embrionale oppure di

qualche altra specie di tessuto, e neppure il prodotto della metamorfosi di questo.

Billroth, Cornil, Ranvier ed altri si associarono alle idee espresse dal Virchow; Birch-Hirschfeld confuse fra loro polipi nasali, mixomi e mixofibromi. Ziegler (edizizione del 1895) dice che i polipi nasali risultano di connettivo edematoso e di tessuto mucoso, e quindi sono da annoverare fra i mixomi ed i fibromi. Delafield e Prudden, nella loro Anatomia Patologica, asseriscono ch'è difficile distinguere il mixoma dal polipo nasale. Hopmann è stato il primo a richiamare l'attenzione sopra l'equivoco in cui oggi cadono perfino eminenti anatomisti patologi, nel confondere i polipi con i mixomi, i quali sono, egli disse (1885), due tumori ben distinti fra loro. Sventuratamente, conchiude l'A., così le idee espresse da Hopmann, come le sue numerose pubblicazioni sopra quest'argomento non sono state prese in quella considerazione che meritano, dai moderni autori, e si continua ancora a parlare dei polipi nasali come tumori mixomatosi. Onde egli invita nuovamente i colleghi a riprendere a disamina quest'argomento, in base a ricerche istologiche serie e precise.

(*The Medical Record*, 1901).

KUYK dottor A. — *L'uso del corista come mezzo diagnostico per le malattie del seno mascellare* (*The use of the tuning fork as a test for disease of the maxillary antrum*).

Tranne che con i mezzi chirurgici, non possediamo ancora un metodo per esaminare eon certezza il seno mascellare. Neppure la punzione esplorativa, praticata attraverso la parete nasale, dà sempre risultamenti sicuri e precisi, a prescindere da che non sempre l'infermo acconsente di farla eseguire. Nella Letteratura sono registrati parecchi casi in cui con la stessa punzione esplorativa non fu possibile fare una diagnosi esatta.

È stato affermato che la percussione a livello del seno riesce dolorosa nei casi in cui è leso. Ma neppure questo criterio diagnostico è preciso, giacchè le sofferenze prodotte da affezioni non del seno, ma delle sue adiacenze, rendono così nervoso ed eccitabile l'infermo, che questi grida e smania non sì tosto viene praticata la percussione.

L'illuminazione per trasparenza projetta un'ombra sull'altro lato.

È stato affermato che i dati anamnestici costituiscono una guida preziosa per la diagnosi. Però, talvolta, lungi dal porre il medico sulla via esatta, lo confondono.

L'A. dopo parecchie ricerche praticate per trovare un mezzo semiotico valevole per la diagnosi delle malattie del seno mascellare, ha constatato che il corista dà i migliori risultamenti. All'uopo il corista viene applicato sull'antro e sui denti: il primo ed il secondo molare. Se i seni ma-

scellari sono normali, il corista sarà percepito con eguale chiarezza e distinzione, e per una eguale durata di tempo, da ogni lato, ed in qualunque punto lo si applichi.

Se uno dei seni mascellari contiene liquido, le vibrazioni del corista non saranno percepite distintamente, e forse poco o nulla, come fu notato dall'A. in un caso.

In un altro, in cui i sintomi erano vaghi e confusi e l'illuminazione per trasparenza projettava un'ombra al lato sinistro, e non a destra, in quel che i sintomi subbiettivi facevano supporre un'affezione del mascellare sinistro, a sinistra il corista fu percepito più chiaramente e più a lungo che a destra. La deduzione naturale fu che la parete dell'antro sinistro era più spessa di quella di destra, onde era agevolata la trasmissione del suono.

In ultimo l'A. fa rilevare che lo stesso metodo è stato da lui adoperato con risultamenti soddisfacenti in un caso di affezione del seno frontale, onde può essere applicato altresì nell'esame delle malattie dell'etmoide. È certo pure che nelle affezioni della mastoide, la conduzione del suono è molto diminuita, se non del tutto abolita.

Riassumendo: così nelle malattie del seno mascellare, come di altre cavità situate superficialmente, il corista rende buoni servigi, per la diagnosi e quindi è opportuno trarne tutta la utilità possibile.

(*The Laryngoscope*, 1901).

CHIARI dottor A. — *Contributo alla conoscenza della struttura dei cosiddetti nodi dei cantanti* (*Beitrag zur Kenntniss des Baues des sog. Sängerknötchen*).

L'A. espone i risultamenti da lui ottenuti nell'esame istologico di nove nodi dei cantanti, che esaminò mediante sezioni in serie.

Accenna alle ricerche che prima di lui, sullo stesso soggetto, furono praticate da altri, soprattutto da Alexander, il quale ha esaminato molti di questi noduli ed in 3 di essi rinvenne glandole o residui glandolari; ma per lo più non riscontrò nè glandole, nè elementi glandolari.

Per ovviare a possibili equivoci, l'A. afferma che egli, al pari di Alexander e di altri autori, intende per nodi dei cantanti quelle produzioni pallide, che non oltrepassano il volume di una capocchia di spillo, ed hanno sede un poco innanzi alla metà del margine libero della corda vocale; oppure sono impiantati, come Alexander dice, sul margine della corda vocale.

L'esame istologico delle sezioni in serie dei tipici nodi dei cantanti, fece rilevare all'A. che in 3 trattavasi di una ipertrofia dell'epitelio e del connettivo immediatamente sottostante, con vasi dilatati e diverse cavità, ma senza traccia di glandole oppure di residui glandolari. Negli altri sei

casi, i nodi presentavano una struttura la quale arieggiava quella dei papillomi, oppure le era completamente identica. Inoltre, in questi sei casi furono pure accertate alcune propaggini epiteliali, le quali, ad un esame molto accurato, si addimostravano puri e semplici i spessimenti epiteliali, oppure erano l'esponente della divisione del nodo in singole papille. Anche qui nulla si rilevava nè di glandole, nè di residui glandolari.

Oltre a questi nodi, l'A. ne ha esaminato altri, ma soltanto due corrispondevano completamente al quadro tipico: però in essi non fu fatto un esame istologico completo. Altre volte il quadro corrispondeva a quello di piccoli fibromi rossi, tipici. Solo in due casi vi si rinvennero cisti, le quali dovevano promanare assolutamente da glandole; ma in amendue questi casi non si trattava di tipici noduli dei cantanti.

Laonde, in tutti i *tipici* noduli dei cantanti, esaminati dall' A., non si rinvennero nè glandole, nè residui glandolari, il che collima pienamente con i risultamenti ottenuti da Chabrazès e Frèche nell'esame istologico di queste produzioni neoplastiche.

I corollarii che l'A. trae dalle sue ricerche, possono essere compendiati come segue: i nodi dei cantanti debbono essere riguardati come ipertrofie circoscritte del margine della corda vocale, suscitate da cronici stati irritativi. Qualora nel punto tipico vi sia una glandola, oppure un dotto escretore glandolare, il che ben di rado avviene, anche questa, oppure il suo dotto escretore partecipa alla formazione del nodo, ma non possono essere riguardati come la causa propriamente detta di quest'ultimo.

(*Archiv für Laryngologie und Rhinologie*, 1901).

RICHTER dott. E.—*La elettroterapia della laringe ed un nuovo metodo per il trattamento del ricorrente* (*Zur elektrischen Kehlkopfbehandlung und eine neue Methode zur Behandlung des N. recurrens*).

È noto che, già da tempo, contro le affezioni miopatiche e neuropatiche della laringe — le quali si manifestano con ipercinesi, ipocinesi od acinesia dell' organo — si è ricorso all' elettricità. Dalle correnti percutanee, adoperate sul riguardo per la prima volta da Erb e da Rossbach, si è passato all'applicazione interna endolaringea. Grazie alle accurate ricerche di parecchi specialisti che rivolsero, in modo speciale, la loro attenzione a quest' argomento, oggi l' elettroterapia della laringe costituisce una delle più splendide risorse, onde l' esercente nel fa tesoro nella sua pratica quotidiana. A. Fraenkel e Kaplan si è debitori di numerose ricerche circa l' applicazione, *per la via cutanea*, dell' elettricità nelle affezioni laringee. Fraenkel ha stabilito il principio che bisogna sempre servirsi della corrente costante, per via cutanea, nella paralisi degli adduttori, e specialmente nella paralisi del ricorrente. Ed all' uopo, egli ha fatto costruire un elettrode doppio, che può essere tenuto in una mano.

I due poli vengono applicati sulla cricoide, e si adoperano correnti fino a 6 millampères, che vengono interrotte di cinque in cinque, secondi. — Per l' applicazione endolaringea dell'elettricità, Eulenburg, Tobold, Mackenzie, Gottstein, Heryng fecero costruire speciali elettrodi unipolari; Ziemssen ricorse ad un elettrode laringeo bipolare, bottonato.

A Ziemssen spetta pure il merito di avere studiato partitamente i punti di eccitamento dei singoli muscoli laringei, applicando un elettrode (quello indifferente) sulla nuca, e l' altro sopra altri punti del corpo.

L' A. che già da tempo si occupa della elettroterapia della laringe, ha rivolta ora la sua attenzione sul mezzo migliore per agire con la corrente elettrica sul ricorrente. Ed ha fatto costruire, per la stimolazione bipolare nella laringe, un elettrode, che consta di due pennelli, isolati, decorrenti nello stesso senso, e costituiti da peli molli e sottili, il cui manico è fatto da esili fili di rame. Immergendo il pennello in una soluzione di joduro potassico-sodico-bromico al 10 o[o; lo si rende atto alla conduzione della corrente. Poichè questi pennelli oppongono una non lieve resistenza alla corrente elettrica, fa d' uopo, quando si usano correnti costanti intralaringee, che la loro intensità pervenga fino a 2-5 milliampères. La stimolazione elettrica intralaringea non deve oltrepassare i 5 secondi. Ma poichè l' obbiettivo precipuo di quest' elettrode non è di agire sui muscoli intralaringei, ne risulta che, invece della corrente costante, è meglio adoperare correnti primarie intralaringee. Quando, invece, si voglia sottoporre il ricorrente al trattamento elettrico, è da preferire la corrente costante (o correnti alternanti sinusoidali).

Si procede allora come segue. L' elettrode bipolare viene reso unipolare unendo l' altro polo con un sottile elettrode a sonda, bottonato in avanti, a forma di stiletto, lungo 16 ctm. Quest' elettrode in avanti è alquanto curvo. Attraverso il naso viene spinto in linea retta, a mò di un catetere auricolare, fino alla parete faringea. Indi, il bottone della sonda cateteriforme viene girato al lato esterno, in modo che venga a trovarsi sulla parete laterale della faringe; oppure si introduce una sonda elettrode curva, alquando più robusta, attraverso la bocca, fin posteriormente alla tonsilla nelle cui vicinanze stanno il vago con la giugulare interna e la carotide interna, e dove esso ha già spiccato i suoi rami faringei.

Sicchè in questo punto si possono stimolare non soltanto i rami diretti del vago, ma anche quelli in prossimità del suo tronco, e quindi lo stesso vago. L' A. desume ciò da alcuni esperimenti che ha praticato sul riguardo. Egli assicura che, quando applicava il catode a livello del cuore, e l'anode posteriormente alla tonsilla, e faceva passare correnti di 2-5 milliampères, i battiti del cuore diminuivano di 18-20 a minuto.

Quanto alla intensità della corrente da adoperare, è da rilevare che bastano correnti leggerissime per la stimolazione elettrica, quando si applica

l'anode nella faringe ed il catode nella laringe. Per la stimolazione intralaringea occorrono correnti alquanto più intense. Correnti 5-10 volte più energiche delle prime debbono essere adoperate quando si voglia, per la via cutanea, dalle due lamine della cartilagine cricoide provocare contrazioni muscolari nelle vicinanze.

Poichè con questo metodo di stimolazione elettrica del ricorrente si ottengono risultamenti come quelli quando si applica l'anode nella faringe o sulla trachea, ne risulta che si ha un altro sussidio diagnostico per giudicare il grado di conducibilità del nervo e la sua interruzione.

In base a risultamenti conseguiti nella pratica, l'A. trae il corollario che con questa applicazione elettrica si è in possesso non pure di un pregevole sussidio diagnostico, ma altresì di un adeguato mezzo terapico nei disturbi vocali (per inattività degli abduttori), nei disturbi respiratori, per alterazione dei dilatatori della glottide, nelle paresi e paralisi muscolari nonchè nelle paralisi motrici e sensitive. Quindi il metodo è applicabile nella paralisi del ricorrente (per catarri, tumori, malattie infettive), nella paralisi del vago per tumori, suppurazione, nei disturbi di conduzione centrali, nell'isteria, nei disturbi laringei tabici, nella siringomielia, nella paralisi bulbare, nella mogifonia di Fraenkel, nell'afonia e nella disfonia spastica.

(*Archiv für Laryngologie und Rhynologie.* 1901) V. Meyer

Garel e Goullioud. — *Chiodo fissato nel bronco destro da due mesi. Diagnosi a mezzo della radiografia. Ablazione con l'elettro-calamita. Guarigione* (*Clou fixé dans la bronche droit dépuis deux mois. Diagnostic par la radiographie. Ablation avec l'électro-aimant. Guérison*).

L'interessante caso riguarda un bambino di 18 mesi, il quale, scherzando con un chiodo, in un momento fu visto soffocare: era divenuto cianotico e si dibatteva per scacciare il corpo estraneo. La madre, accorsa in quel mentre, provò, ma inutilmente, di sospendere il suo bambino per i piedi. Intanto la respirazione si fece normale mano, mano. In vista di questo spontaneo miglioramento, un medico, accorso un poco più tardi, credette che il chiodo avesse dovuto scendere nello stomaco, e lo cercò invano per più giorni nelle feci del bambino.

Quest'ultimo, in vero, dal momento dell'accaduto, aveva incominciato a tossire di frequente, ed anche il suo stato generale incominciò a declinare. Di più, all'esame del petto, praticato due mesi dopo da un medico di Lione (dove il bambino era stato trasportato dall'America) fu constatato un indurimento all'apice destro con rantoli e respirazione soffiante.

Fu allora che venne raccontata al Garel questa storia per mera curiosità, e fin d'allora egli si ostinò a credere che il chiodo avesse dovuto oltrepassare la laringe e la trachea e fissarsi in uno dei bronchi, il destro; epperò, senz'altro, consigliò al padre di far fare la radiografia del torace

del bambino. Questa, infatti, venne praticata dal dott. Destot, e diede la prova luminosa che il chiodo era rimasto incuneato obliquamente nel torace, nella direzione del bronco destro, con la punta in basso e la testa in alto. (L'A. ne riporta la fotografia, che siamo dolenti di non poter riprodurre).

Incalzando la debolezza del bambino e persistendo i sintomi di ascoltazione del petto, l'A. cercò di affrettare l'operazione. Previa anestesia all'etere, il dott. Goullioud praticò la tracheotomia, mettendo in sito la cannula senza alcun incidente; il bambino, intanto, non fece nessuno sforzo spontaneo per rigettare il corpo estraneo. L'A. allora si preparò per l'estrazione strumentale, sostituendo l'ordinaria cannula con un divaricatore a due branche; ma prima d'introdurre la pinza, pensò di avvicinare all'apertura tracheale una elettro-calamita, e precisamente quella fatta costruire dal dott. Dor per le analoghe esigenze oftalmologiche: la calamita attirò a sè immediatamente il chiodo, e così l'operazione fu terminata. Solamente fu mantenuta in sito per alcuni giorni la cannula, per agevolare la fuoriuscita delle secrezioni purulente dal focolaio infiammatorio, e poscia si fece chiudere la ferita tracheale. Il chiodo misurava 53 millimetri di lunghezza, e l'A. ne riporta anche la figura.

Nelle considerazioni che seguono, egli giustamente mette in rilievo il gran servigio reso dal nuovo metodo di ricerca dei corpi estranei metallici, ossia dalla *radiografia*, la quale gli ha permesso la diagnosi d'*emblée* senza neppure vedere l'ammalato, ed è dolènte solo che ad essa si sia ricorso un po' tardi; inoltre fa rilevare l'altro gran vantaggio ricavato dall'applicazione dell'elettro-calamita, trattandosi di un corpo metallico (ferro od acciaio), mentre non sarebbe stato così indifferente penetrare con istrumenti rigidi nel bronco senza esporsi a lacerazioni della mucosa e, quindi, a complicazioni post-operatorie.

In seguito l'A. si diffonde in considerazioni riguardanti quello che sarebbe avvenuto del suo caso prima della scoverta di Röntgen, descrivendo all'uopo gli altri mezzi diagnostici che si posseggono (uso della *bussola*, della *bilancia d' induzione* di Hughes ecc.), e rilevando quanto essi oggi abbiano perduto di valore; inoltre, studia e discute i vantaggi dell'elettro-calamita insieme agli *altri mezzi per risparmiare la tracheotomia*, operazione non sempre innocente, specialmente nei casi non recenti o sforniti di urgenza operatoria, studiando e discutendo all' uopo il metodo di *autoscopia diretta* di Kirstein, nonchè quello della *broncoscopia diretta* di Killian, che è un derivato dell'altro. In proposito l' A. conchiude che la *broncoscopia diretta* può essere adoperata con, o senza tracheotomia, ma quest'ultima ne facilita l'applicazione, mentre la *broncoscopia superiore senza tracheotomia* sarebbe facilitata dalla anestesia generale nei più dei casi, e soltanto in pochi dall'anestesia locale alla cocaina.

Comunque ciò sia, a noi basta soltanto di aver riassunto la parte più

essenziale del caso, che è nel contempo quella più pratica, ed anche perchè, dopo tutto, pensiamo con lo stesso autore, che *i corpi estranei dei bronchi costituiscono un accidente assai grave, e la gravità varia in ciascun caso secondo la natura del corpo estraneo, secondo la sua posizione, secondo il trattamento applicato e secondo ancora il tempo da che il corpo estraneo restò incuneato nell'albero respiratorio.*

TRIFILETTI

GERBER dott. P. H. — *Atlante delle malattie del naso, dei seni annessi e del cavo naso-faringeo* (*Atlas der Krankheiten der Nase, ihrer Nebenhöhlen und des Nasenrachenraumes*).

La 1ª dispensa di quest' opera, che sarà completata con altre 5 (una trentina di tavole in tutto) va salutata con effusione, ed un meritato elogio va fatto al suo autore, il dott. Gerber, Privato Docente nell'Università di Königsberg, noto abbastanza nel nostro mondo specialista.

Sono figure delicate, vere, istruttive come il testo che le accompagna, illustrazioni ritratte dal vero, riprodotte a colori e perciò molto proficue allo studioso; il quale non solo trova, così, una efficace guida alla diagnosi, ma valuta a dovere le lesioni anatomiche che la rinoscopia mette sotto gli occhi, così come si svolgono nell'ammalato.

L'editore, il sig. Karger di Berlino, vi ha speso ogni cura. L' Atlante è in 4° grande ed ogni dispensa costa lire sei: un prezzo mite, che presto lo renderà popolare.

MASSEI

VARIA

Il prof. Masse avea noi, che sin dal 1894 ricevuto incarico officioso, in data 13 Novembre u. s. a. è stato nominato, su proposta della Giunta Comunale di Napoli (31 Agosto 1900), *Medico Consulente* del *Nosocomio* «Domenico Cotugno» con l'incarico di sovraintendere alla cura degl' infermi di *croup* e di *difterite*.

Nei pochi mesi da che egli ha assunto tale direzione, si è avuto (a causa di una certa recrudescenza della difterite in città) un insolito movimento d'infermi e parecchi sono stati i casi nei quali si è dovuto chirurgicamente intervenire.

Grazie all'uso del siero antidifterico di Behring (esclusivamente il numero III), grazie all'operosità del direttore della Sezione e dei medici locali, i risultamenti cominciano ad essere assai migliori di un tempo, malgrado la gravezza dei casi pel ritardo col quale si ricorre all' Ospedale.

Un padiglione di questo Nosocomio Municipale pei morbi infettivi (in attesa dei nuovi in muratura, la costruzione dei quali è già molto avanti) è stata destinata ai difterici: v'è un arredamento completo per la intubazione (con i migliori e più recenti apparecchi) e per la tracheotomia, per le injezioni di siero, l'alimentazione artificiale, le inalazioni di ossigeno, la respirazione artificiale ecc.

La emulazione è stata così viva, che quei bravi sanitari dell'Ospedale, i dottori G. Belfiore ed A. Solimene, ora con l'ajuto del prof. Masse o dei suoi Assistenti, ora da soli, hanno potuto praticare difficili intubazioni in momenti di urgenza, su bambini agonizzanti.

Oramai Napoli può dunque menar vanto di avere un asilo ove gli sventurati bambini colpiti da *crup* e *difterite*, ponno ricevere, con tutta sollecitudine e completezza, quei compensi che la scienza mette a nostra disposizione e l' umanità reclama.

***

Il prof. Nicolai, con ammirevole coraggio e tenacia, pubblicherà, in quest' anno un *Atlante* (i saggi del quale sono già stati diramati) che comprenderà tutta la tecnologia delle malattie del naso, dell' orecchio, della faringe, della laringe e dell' esofogafo, nonchè una ricca illustrazione anatomica.

L' opera porta questo titolo: *Metodi di esame ed anatomia topografica della specialità Oto rino-laringojatrica*, ed è, come abbiam detto, un Atlante con testo in compendio. Sarà costituita da circa 80 tavole, in

4° grande, contenenti più di 300 incisioni con le relative illustrazioni e formanti un volume di quasi 300 pagine.

La pubblicazione è posta in vendita a dispensa o ad opera completa. Le 19 dispense costano lire 28; l'opera completa, con semplice copertina, lire 25; rilegata in tela con impressioni in oro, lire 30. Ultimata la pubblicazione, il costo sarà di lire 60.

Coloro che intendono abbonarsi, o versano all' atto della sottoscrizione l' intero importo, ovvero lire 9, che saranno computate nel pagamento a saldo da attuarsi sia alla consegna dell' opera completa, sia nel pagamento delle dispense, che verrebbe ridotto a lira una per copia.

Agli studenti, debitamente riconosciuti, che facciano un abbonamento collettivo di 15 copie, si accorda lo sconto del 10 o|o, e quindi un versamento di lire 6 nel momento della sottoscrizione, e poi lira 1 a dispensa; ovvero lire 16.50, per l' opera legata in copertina, lire 21 se legati in tela.

Dirigersi all'Autore, prof. Nicolai, Milano, Corso S. Celso, num. 1.

***

Il *Boletin de Laringologia, Otologia y Rinologia* è una recente pubblicazione iniziata dal nostro collega il dott. Cisneros di Madrid ed alla quale auguriamo rigogliosa vita.

Giustamente, e per mostrare l' opportunità di quest' altro Giornale, il dott. Cisneros fa rilevare che oramai vi sono *ventisei* periodici speciali, in varie lingue, e che secondo l' *international Directory of laryngologists and otologists* gli specialisti distribuiti per tutte le nazioni civili ascendono al numero di *mille e settecento*.

***

Anche il dott. T. Della Vedova, il quale, non ha guari, conseguiva per titoli la libera docenza in *Oto-rino-laringojatria* presso l' Università di Genova, ed al quale facciamo — in proposito — i nostri rallegramenti, ha fondato un periodico del suo Istituto, col titolo: *la pratica Oto-rino-laringojatrica*.

Il benvenuto al nuovo Giornale.

***

Questo fascicolo è di sole pagine 28 per compensare la eccedenza di 20 alle quali fummo costretti, per ragioni tipografiche, nel precedente fascicolo.

Il più anziano fra i soci Ordinari e Tesoriere Onorario della Reale Accademia di Torino, il

Dottor Barone Alberto Gamba

cessava di vivere, in Torino stesso, il 17 Marzo u. s.

LIBRI VENUTI IN DONO

BOTEY dott. R.—Le traitement chirurgical de la sclérose otique. Paris, 1900.

— Des suppurations bénignes de l'attique externe. Paris, 1900.

— Pathogénie et traitement de la parasthesie laryngée. Paris, 1900.

CHIARI prof. O. — Sur l'étiologie, les causes et l'anatomie des nodules des chanteurs. Paris, 1900.

— Beitrag zur Kenntniss des Baues der sog. Sängerknötchen. Berlin, 1901.

TANTURRI dott. D. — Sulla localizzazione del bacillo di Koch nell'istmo delle fauci e nelle tonsille. Studio sperimentale ed istologico; contributo clinico. Napoli, 1901.

— Di una speciale forma di lesione parasifilitica della laringe. Firenze, 1901.

CITELLI dott. S. — Ricerche batteriologiche dell'orecchio medio in condizioni normali. Torino, 1901.

EWING dott. A. E. — Frontal headaches, apparently ocular, but really of nasal origin; their recognition and treatment. St. Louis, Mo., 1900.

GREENFIELD SLUDER — On the nasal conditions found in these cases with special reference te an abnormal relation of the uncinate process of the ethmoid to the bulla of ethmoid. St. Louis, Mo., 1900.

GAREL dott. J. — Clou fixé dans la bronche droite dépuis deux mois. Diagnostic par la Radiographie. Ablation avec l'électro-aimant. Guérison. Lyon, 1901.

DE AMICIS prof. T. — Sul preteso potere difensivo fagocitico dei gangli linfatici contro il virus sifilitico, e valore semiologico che spetta alle diverse adenopatie nella sifilide. Prelezione. Napoli, 1901.

LEVY dott. R. — The lingual tonsil. Denver, Colorado, 1900.

— Syphilis of the nose. Denver, Colorado, 1900.

BELFIORE dott. G. — Ospedale Municipale di Napoli, « Domenico Cotugno » per i morbi infettivi.—Breve resoconto di 16 intubazioni eseguite per croup. Milano, 1900.

FLATAU dott. Th. S. — Ueber die Verwendung des Phonographen in der Pathologie und Therapie der Stimme. Berlin, 1901.

WRIGHT dott. J. — The non myxomatous character of nasal polypi. New-York, 1901.

— Problems in the etiology, diagnosis and treatment of tuberculous disease of the upper air-passages. New York, 1901.

THEISEN dott. C. F. — Angina epiglottidea anterior. Report of three cases. 1901.

COMPAIRED dott. C, — Algo sobre la sinusitis frontal cronica y la operacion de Ogston-Luc. Madrid, 1901.

DONELAN dott. J. — On post influenzal tracheal haemorrhage. London, 1901.

ROSENBERG prof. A. — Ein neues schneidendes Kehlkopfinstrument. 1900.

GOUGUENHEIM e LOMBARD — Indications opératoires dans le cancer du larynx. Paris, 1900.

HEYMANN prof. P. — Der Begriff des Kehlkopfkatarrhs. Moscou, 1900.

— Fremdkörper in der Highmorshöhle Berlin, 1900.

— Demonstration eines Falles von Osteom der Nase. Berlin, 1901.

BOKAY prof. J. — Ueber das Intubationstrauma. Leipzig, 1900.

La Redazione ringrazia sentitamente i cortesi donatori.

PARTE ORIGINALE

Istituto di Laringojatria della R. Università di Napoli
diretto dal Prof. F. Massei

Tumori maligni delle tonsille

Contributo clinico-istologico di 12 casi

PEL DOTTOR G. PROTA, ASSISTENTE

Sebbene i tumori maligni primarii della tonsilla non fossero rari, pure il loro studio è importante, poichè, in pratica, spesso riesce difficile fare una precisa diagnosi di neoplasma tonsillare, specialmente nei primordii dell'invasione, mentre, appunto in tale stadio è interessante conoscere la natura e l'indole del tumore per poter procedere ad un atto operativo precoce.

I vari Trattati, anche speciali, hanno dato poche notizie sui tumori tonsillari, tanto che si credevano rari fino a pochi anni fa. Infatti Mackenzie (1) dice di averne osservato solo 7 casi; Velpeau (2) 5 casi; Vidal-Warren (3) e Demarquay (4) 1 caso per ciascuno; Nélaton (5), Lasègue (6), Lebert (7) e Maisonneuve (8) ne ricordano qualche caso.

Lennox-Browne (9) in 20 anni non avea osservato che 12 tumori maligni della tonsilla.

Però le osservazioni si sono moltiplicate, e diverse sono quelle corredate dal controllo dell'esame istologico, cosicchè molti ritengono che tali tumori non siano affatto rari, come Butlin, Golding, Beard (10).

Il primo lavoro completo è dovuto a Poland (11) nel 1872; e l'anno dopo comparve la tesi di Passaquay (12), sui *tumori delle tonsille*, nella quale si citano due casi di *sarcoma*, 4 di *linfosarcoma*, 4 di *scirro*, 3 di *encefaloide*, ed infine 3 osservazioni di *epitelioma*.

Poscia vengono le pubblicazioni singole di Cozzolino (13), Massei (14), Cardone (15), Marano (16), Arslan (17), Lermoyez (18), Damieno (19), Dionisio (20) ecc., in modo che, in quest'ultimo tempo, siffatte osservazioni sono divenute numerose, tanto da potersi tracciare un quadro sintomatologico

abbastanza completo per ciascuna forma di tumore tonsillare, basato sopra i caratteri anatomo-patologici distinti e sul decorso clinico, più o meno differente e rapido.

Ma in pratica i sintomi funzionali ed i caratteri obbiettivi non bastano per fare una diagnosi differenziale tra la semplice ipertrofia tonsillare ed un tumore, e molto meno tra questo ed una gomma, come pure è difficile assodare la varietà del tumore e la sua indole.

Perciò è di grande ausilio l'esame istologico di pezzetti asportati a bella posta, potendo solamente così conoscere e precisare non solo la specie, ma anche l'esistenza del tumore. La ricerca istologica è preziosa, ma non infallibile, nel senso che molte volte i preparati non sono dimostrativi e solo dopo ripetuti esami si può decidere la diagnosi. A tal proposito ricordo il fatto di Luc (21) che dovette ripetere varie volte l'esame istologico in un caso di sarcoma, avendo mostrato i primi preparati una struttura di semplice ipertrofia, e quelli consimili di Lermoyez, Dionisio, Arslan ecc.

D'altra parte si sono avuti casi di forme sifilitiche della tonsilla, scambiate per tumori ed operati. Tali quelli di Blandin (22) e di Velpeau (23), che essendo recidivati guarirono col trattamento jodico.

Ultimamente Bryson-Delavan (24) ha illustrato un caso simile occorsogli.

Un uomo di 43 anni, senza aver sofferto mai sifilide, cominciò ad aver dolore alla tonsilla sinistra che durò per 2 mesi. Questa divenne tumefatta e dura, con ulcerazione alla superficie. Lieve ingorgo delle glandole cervicali, dolori alla palpazione e nella deglutizione. L'infermo fu sottoposto al trattamento jodico, e nello stesso tempo fu asportato un pezzetto del tumore per l'esame istologico, che fece propendere per la diagnosi di sarcoma. Col trattamento jodico le glandole scomparvero, ma la tonsilla rimase tumida, per cui fu tolta con l'ansa fredda.

L'esame microscopico dimostrò delle modificazioni iperplasiche croniche con un gran numero di cellule endoteliali. Continuando il joduro, l'affezione scomparve, e l'infermo non ebbe recidive.

Occupandomi da vari anni a raccogliere tutti i casi di tumori maligni che si presentassero su questa regione alla nostra osservazione, ne ho riunito 12, e così ho avuto agio di studiare anche un fatto consimile ai precedenti.

Nel Novembre 1900 si presenta il barbiere R. Pasquale, di a. 36, da Mariglianella, con tumefazione della tonsilla destra che era dolente da un

mese. Ha sofferto pel passato reumatismo articolare, non ha avuto manifestazioni sifilitiche.

La tonsilla era grossa, arrossita, con ulcerazione superficiale ed essudazione biancastra. Le glandole sottomascellari del lato destro erano ingorgate.

Sebbene non vi fossero dati per una infezione sifilitica, pure iniziammo una cura interna jodo - mercuriale. Dopo un mese la ulcerazione scomparve e la tonsilla rimase ingorgata, mentre i ganglii appena si palpavano. Insistendo nella cura, la lesione tonsillare si ridusse e l' infermo finora sta bene.

***

Le varie forme di tumori a trista indole riscontrate nella tonsilla sono: il *sarcoma*, il *linfosarcoma* nonchè il *carcinoma* nei suoi diversi tipi di *encefaloide*, *epitelioma* e *scirro*; ma la più frequente forma sarebbe il sarcoma.

Dalle varie osservazioni risulterebbe, che gli uomini sono affetti più di frequente delle donne da tumori maligni delle tonsille, per cui molti pensano allo stimolo dell' alcool e del tabacco.

Nei nostri 12 casi, invece, 7 sono donne e 5 uomini.

Come per altre sedi, l' età preferita da siffatti tumori varia dai 40 ai 60 anni, e fino a 20 anni sarebbero rari.

Però Gray (25) cita un caso di sarcoma alveolare osservato in un bambino di 6 anni, e Verneuil (26) un altro tumore simile in un giovane di 18 anni.

Per ciascuna varietà di tumori è stata tracciata una sintomatologia approssimativa, poichè, come è detto sopra, solo l'esame istologico ripetuto di frammenti asportati da varii punti del tumore può farci diagnosticare la presenza e la natura nel neoplasma.

Il *sarcoma* si verifica più di frequente nella tonsilla, che non gli altri tumori, ed affetta per lo più gli adulti, sebbene raramente anche i giovani, come nei casi citati da Gray e Verneuil.

E' assai molesto, ma non doloroso come il carcinoma, può produrre disfagia e dispnea quando col suo volume occupa quasi tutto l'istmo delle fauci. Ordinariamente la sua evoluzione è lenta, e si ulcera raramente tanto che molti infermi ne sono affetti da anni, simulando benissimo una ipertrofia semplice della tonsilla. La consistenza varia, ma non è così dura come nel carcinoma.

Le glandole sottomascellari partecipano tardivamente al processo, dapprima in lieve grado, e poscia marcatamente quando il tumore si ulcera. Così pure tardiva è la diffusione agli organi vicini, rimanendo per molto tempo l'affezione limitata alle tonsille; rara la metastasi in altri organi.

La cachessia avviene molto tardi, e spesso lo stato generale è buono in confronto coi guasti prodotti dal tumore sulla tonsilla e sugli organi vicini. Pel suo volume, alle volte, produce ostacolo alla deglutizione ed alla respirazione, concorrendo così al deperimento di tutto l'organismo ed obbligandoci ad intervenire per evitare la soffocazione.

Il *linfosarcoma* ha lo stesso aspetto del precedente, solamente è molle, ad evoluzione rapida, e può raggiungere un volume considerevole. Si ulcera facilmente, e la sua natura maligna si mostra subito con la precoce invasione delle glandole sottomascellari o del collo e con la facile metastasi negli altri organi. Cosicchè la cachessia si avvera subito, dopo qualche mese.

Le altre forme di sarcoma, cioè il *fibrosarcoma* e l'*adenosarcoma* sarebbero rari a riscontrarsi nelle tonsille.

Butlin crede che molti casi di linfosarcomi sarebbero da attribuirsi a malattia di Hodgkin, iniziatasi dapprima nelle tonsille.

Secondo lo stesso autore i sarcomi tonsillari sarebbero molto più frequenti delle altre forme di tumori, mentre altri ritengono che il carcinoma s'incontra più frequentemente, quasi del doppio.

L'*epitelioma* ordinariamente preferisce i soggetti avvanzati di età. Il suo sviluppo è insidioso; potendo al primo stadio aversi come unico sintoma la otalgia riflessa, che, però, non è caratteristica.

Il dolore lancinante non manca, e la disfagia è dovuta non solo alla presenza del tumore, ma anche al dolore per cui gli infermi acquistano una speciale pronuncia gutturale e stentata.

Il tumore è di consistenza spesso dura, ordinariamente ulcerato alla superficie, coi soliti caratteri dell'ulcera cancerigna, ricoperta da essudato grigiastro, mista al tessuto necrotico, facilmente sanguinante.

L'ingorgo glandolare è precoce; il deperimento dello stato generale e la rapida cachessia sopraggiungono presto.

In quanto alle varie forme di carcinoma riscontrate nella ton-

silla, per ordine di frequenza, troviamo: l' *epitelioma*, il *cancro encefaloide* e lo *scirro*.

Questi pochi caratteri clinici descritti ed il decorso della neoplasia, col sussidio dell' esame istologico di pezzetti del tumore, ci guideranno ad una diagnosi più o meno esatta.

La diagnosi differenziale tra un tumore e le altre affezioni delle tonsille, semplice ipertrofia, gomma, non è sempre facile, poichè anche l'esame istologico non è sempre decisivo, potendosi rinvenire un tessuto di granulazione. Clinicamente, però, ogni qual volta troviamo un ingrandimento della tonsilla, specie se unilaterale, nell' età adulta od avvanzata, penseremo ad una probabile neoplasia, massime se, senza fatti flogistici, troveremo ingorgo dei gangli sottomascellari.

Del pari riesce difficile la diagnosi differenziale tra la gomma ed un tumore e tra la ulcerazione gommosa e la cancerigna, sebbene la prima fosse molto scavata e profonda, rivestita di pus bianco-gelatinoso, misto a tessuto necrotico, con orli tagliati a picco e circondati da un' area di color rosso-scuro, mentre la cancerigna è di color biancastro, senza area rossa, coi margini non tagliati a picco; pure questi caratteri non bastano in pratica e bisogna ricorrere ad una energica cura antisifilitica di prova.

Cosicchè i sintomi già descritti, i caratteri differenziali di ciascuna specie di tumore, e l'efficacia o meno della cura antisifilitica ci potranno guidare ad ammettere, o non, l'esistenza di un tumore tonsillare. Più difficile però riesce distinguere la varietà del tumore, poichè da principio hanno dei caratteri clinici comuni, e solo l'esame istologico ci può fornire dati alquanto precisi.

La prognosi, come pei tumori in altri organi, è sempre infausta, specie quando la diagnosi di tumore si fa quando il male ha già acquistato vaste proporzioni e vi è diffusione alle glandole linfatiche.

Sarebbe utile arrivare a diagnosticare un tumore tonsillare all' inizio per poter procedere ad un attivo intervento curativo.

La cura dovrebbe essere chirurgica e demolire quanto più si può, tenendo conto della regione su cui si opera.

Ma sfortunatamente son pochi i casi nei quali la neoplasia si diagnostica all' inizio, mentre molti si presentano già in uno stadio avvanzato, quando l' ingorgo glandolare è già avvenuto e lo stato generale è scaduto.

In tali circostanze ci dobbiamo contentare della cura palliativa. Molti autori hanno preconizzato e vantato il liquore arsenicale,

specie contro i sarcomi (Heymann (27)), ma in tutti i miei casi, l'ho usato a lungo senza risultato incoraggiante.

Alcune volte, però, sia pel grosso volume del tumore che invade tutto l'istmo delle fauci, o per diffusione lungo la fossa glosso-epiglottica si hanno sintomi di soffocazione, per cui si deve intervenire o con la tracheotomia, o demolendo il tumore con lo spezzettamento, come dovette fare d'urgenza Castex (28) in una sua ammalata di sarcoma della tonsilla, nella quale il tumore impediva la deglutizione e la respirazione.

***

In 4 anni ho potuto raccogliere 12 casi di tumori tonsillari, così suddivisi: 2 sarcomi; 5 linfosarcomi; 2 carcinomi, e 3 epiteliomi.

Secondo il sesso, le donne sono in maggioranza, rappresentate da 7 casi, mentre gli uomini son 5, ciò che derogherebbe dalla regola generale ritratta dalle precedenti statistiche.

La tonsilla destra e stata affetta 6 volte, la sinistra 5; in una sola osservazione la lesione è bilaterale.

In 7 casi ho potuto controllare la diagnosi clinica anche istologicamente, mentre negli altri non mi è stato possibile, o perchè gl'infermi si sono rifiutati, o perchè non si sono fatti più vedere.

Tra queste osservazioni 3 appartengono alla pratica civile del prof. Massei, che gentilmente pose a mia disposizione gl'infermi per tale studio, e che qui ringrazio pubblicamente.

Ecco in breve le storie cliniche ed i reperti istologici.

Osservazione I. — Linfosarcoma della tonsilla destra con diffusione al lato opposto.

Il 12 Agosto 1898 si presenta alla mia osservazione l'interprete B. Salvatore, di a. 48, da Napoli. Uomo robusto e ben formato, ammogliato con figli, non ha avuto malattie degne di nota, nè sifilide, ma solo una blenorragia. Nulla nel gentilizio; ha la madre ed un fratello viventi e sani, mentre il padre morì per morbo comune.

Da due mesi cominciò a soffrire molestie alla gola, con dolore passeggiero, specie nella deglutizione, nella tonsilla destra, la quale andò crescendo lentamente.

All'esame locale notai la tonsilla del lato destro, tumida, grossa quanto una noce, arrossita con essudato biancastro alla superficie, di consistenza normale, poco dolente alla pressione, senza ingorgo dei gangli prossimiori.

Sospettando una lesione sifilitica terziaria (gomma), sebbene non vi fossero dati per ammettere una infezione tardiva, iniziai una cura antisifilitica energica. Ma dopo 15 iniezioni ipodermiche di sublimato la tonsilla non si modificò per niente, anzi crebbe alquanto di volume, ed all'angolo mascellare destro si palpava una piccola glandola, dura, indolente, spostabile. La deglutizione divenne dolorosa, e negli sforzi di espuizione l'infermo sputava sangue. Pur continuando la cura antisifilitica, asportai un pezzetto del tumore per l'esame istologico, avendo fondati sospetti che si trattasse di una neoplasia.

Difatti, il microscopio dimostrò trattarsi di sarcoma, e mi affrettai a proporre all'infermo l'asportazione della tonsilla, considerato il suo stato generale ottimo.

Questi consulta un chirurgo, il quale raccomanda una novella cura antisifilitica, e contemporaneamente la tonsilla incomincia ad ulcerarsi e si distrugge quasi tutta, in modo che i disturbi meccanici della deglutizione scomparvero, e l'infermo contento di tale risultato non si fa più vedere. Ritorna, però, dopo aver fatto 80 iniezioni ipodermiche di sublimato, per farsi riosservare, giacchè il dolore non era scomparso ed avea un alito fetido con sputo marcioso misto a sangue.

Al posto della tonsilla destra, trovo ora una larga e profonda escavazione ulcerativa con margini frastagliati e duri, il fondo pieno di detritus necrotico, bianco-sporco e facilmente sanguinante. Della tonsilla resta la sola porzione inferiore che sporge sulla base della lingua. La glandola sottomascellare destra è aumentata di volume, quanto un uovo, dura, e lungo lo sterno cleido-mastoideo si palpano altre piccole glandole.

Prescrivo delle lavande con resorcina, ed il liquore arsenicale internamente. Dopo un mese da quest'ultima osservazione, il tessuto tonsillare residuale era cresciuto in modo da formare una massa neoplastica che raggiungeva la linea mediana, occupando più della metà dell'istmo delle fauci, e si continuava in basso fino sull'epiglottide.

Il palato molle si mostrava arrossito ed infiltrato, come pure l'ugola, ch'era spostata verso sinistra. In breve il male fece rapidi progressi, prima diffondendosi alle glandole linfatiche del lato sinistro, poscia alla tonsilla stessa, che cominciò a crescere enormemente fino ad occupare il resto del cavo orale, lasciato libero dalla tonsilla destra che si era di nuovo ulcerata e distrutta. Cominciarono i fenomeni di soffocazione, sia per la presenza di siffatti tumori, sia per la diffusione alle pliche ariepiglottiche. Le glandole di ambo i lati crebbero al punto da dare all'infermo una fisonomia particolare. Non solo le sottomascellari s'ingrossarono quanto un arancio, ma anche le altre lungo lo sterno-cleido-mastoideo e lateralmente alla laringe. Lo stato generale cominciò rapidamente a deperire e l'infermo, dopo pochi mesi, soccombette.

All'esame microscopico tutto il parenchima tonsillare è occupato da una

neoformazione di elementi piccoli, rotondi, tra i quali s'intravede un finissimo reticolo (tonsillare), che forma loro da sostegno.

La struttura della glandola è scomparsa, e l'infiltrazione di cellule neoplastiche è eguale in tutti i punti nei diversi preparati. Solamente v'è da rilevare il seguente fatto, che osservando a piccolo ingrandimento alcune sezioni, si ha l'apparenza come di tante cellule giganti, le quali si trovano in un tessuto ricchissimo di capillari neoformati.

Però queste produzioni, meglio studiate, lasciano vedere, prima di tutto, che i loro nuclei invece di essere disposti irregolarmente od a ferro di cavallo, hanno quasi sempre una disposizione anulare, e che contemporaneamente quella parte di protoplasma, compresa nella corona dei nuclei, va rarefacendosi, tanto che in alcune pare affatto scomparsa.

Per tali caratteri queste produzioni debbono essere interpretate come noduli vaso-formativi e non cellule giganti. La quale interpretazione verrebbe anche appoggiata dal fatto di averle rinvenute nei punti di maggiore irrorazione sanguigna.

Dimodochè la diagnosi istologica è di linfosarcoma con notevole sviluppo del territorio vasale.

Osservazione II. — Linfosarcoma delle due tonsille e delle glandole sottomascellari.

V. Giuseppe, di a. 75, falegname, da Napoli, ebbe nella sua gioventù adeniti bi-inguinali suppurate. Nel Dicembre 1898 cominciò ad avere mal di gola, disfagia e poco dolore. Tali fatti crebbero gradatamente d'intensità, e vi si aggiunse ingorgo delle glandole sottomascellari. La disfagia aumentò, l'infermo avea la sensazione come di un corpo estraneo che lo soffocasse.

L'esame, fatto nel Marzo 1899, fece rilevare enorme tumefazione di tutto l'istmo delle fauci; le due tonsille grosse e sporgenti nella linea mediana, l'ugola ed il palato molle infiltrati, come spostati in avanti, in modo da restringere la cavità dell'istmo, e quindi disfagia e voce gutturale. Le due tonsille erano di colorito roseo, liscie, con vasellini varicosi, di consistenza aumentata, ma per nulla ulcerate. L'esame laringoscopico non si potè eseguire a causa dell'ingombro del cavo orale. Il naso era pervio. Ai due angoli mascellari si vedono due grosse masse quanto una arancia, che sporgono per metà e si approfondano in dentro, concorrendo a spostare le tonsille vieppiù verso il cavo orale. Le glandole cervicali sono anche ingorgate.

L'infermo assicurava che le masse neoplastiche esterne erano cresciute dopo il mal di gola, per cui si ammise la diagnosi suddetta. Il paziente ricusò di farne levare un pezzetto per l'esame istologico, e non si fece più vedere.

Osservazione III. — Linfosarcoma della tonsilla sinistra.

Carmela C., di anni 25, nubile, da Napoli, è stata sempre bene e non ha avuto manifestazioni sifilitiche. Ben conformata, ma ora alquanto denutrita, racconta che da un mese è affetta da disfagia e dolori nell'ingoiare, per cui si presenta all'ambulatorio il 20 giugno 1899.

L'esame locale fa rilevare la tonsilla sinistra aumentata di volume, rossa, a superficie irregolare, coverta da essudato bianco-sporco, e sporgente nell'istmo delle fauci fino ad occuparne la metà, spostando l'ugola verso destra. Alla palpazione è di consistenza duro-elastica, poco dolente alla pressione. I gangli sottomascellari e quelli latero-cervicali sono ingorgati, ed in grandezza decrescente, cioè i più grossi, quanto una noce, sono quelli all'angolo mascellare.

Stato generale depresso.

Per le note obbiettive e la rapida evoluzione, nonostante l'età giovane dell'inferma, si fa diagnosi di tumore maligno (sarcoma), e seduta stante se ne asporta un pezzetto per l'esame istologico. S'inizia la cura di prova antisifilitica, ma dopo 8 giorni il tumore è cresciuto e diffuso alla plica ari-epiglottica del medesimo lato, donde fenomeni di soffocazione, per cui si consiglia d'urgenza la tracheotomia. Ma l'inferma rifiuta e non si fa più vedere.

All'esame microscopico questo tumore si mostra completamente sprovvisto di rivestimento epiteliale.

L'aspetto della glandola tonsillare è conservato, nel senso che si nota tuttora una disposizione come di follicoli, i quali sono riuniti tra loro da un tessuto ricchissimo di elementi rotondi, piccolissimi, simili a quelli che formano i follicoli medesimi. L'infiltrazione è così rilevante che, soltanto, in alcuni limitati punti si discerne il connettivo sottostante, e si arresta addirittura presso le tuniche vasali. Una tale struttura neoplastica va dalle parti periferiche fino al centro del tumore, dove si riscontrano pure sezioni di glandole acinose isolate, ognuna contornata da elementi neoplastici in guisa, che tali sezioni di acini sembrano poste come a riempire le maglie di una rete.

Dimodochè pei caratteri notati bisogna far diagnosi di linfosarcoma.

Osservazione IV. — Linfosarcoma della tonsilla destra.

Nel gennaio 1900 consultò il prof. Massei la signora M. Rita, di a. 50, vedova senza prole, per un'affezione alla gola. È stata bene pel passato e solo da 7 anni soffre di coliche epatiche.

Da sei mesi ha cominciato ad avere molestie alla gola, specie nella deglutizione, e si è accorta che la tonsilla destra era un po' gonfia. Ha fatto varie cure, ma senza risultato, anzi assicura che la tonsilla è andata gradatamente aumentando di volume, fino ad occupare buona porzione

dell' istmo delle fauci, ed essendosi accorta di alcune ulcerazioni sulla tonsilla, cercò consiglio allo specialista.

Dalla tonsilla del lato destro si vede partire una grossa massa, la quale oltrepassa il margine libero del velo da una parte (in alto) ed il pilastro anteriore dall'altra (in avanti). L'istmo delle fauci è ristretto e l' ugola è spostata verso il lato sinistro.

La superficie del tumore è irregolare, rappresentata da rilievi e depressioni; il colorito è roseo e su qualche punto si vedono essudati bianchi. La consistenza al tatto è come quella di una tonsilla normale, però in due punti del polo superiore della tonsilla si nota una durezza maggiore. La massa più prominente è quella che dal pilastro anteriore di destra si porta in avanti ed in giù verso la base della lingua, ed ha un colorito più rosso del rimanente. La laringe è sana, la plica ari-epiglottica di destra non è per nulla cointeressata. I gangli sotto-mascellari sono ingorgati, specialmente a destra, ove raggiungono il volume di una grossa noce. La neoplasia è poco dolente, ulcerata in alcuni punti, ed è andata crescendo sempre.

Si asportano dei pezzetti per l'esame istologico e si inizia la cura di prova. Ma dopo un mese il male ha fatto rapidi progressi, estendendosi a tutto il velo, ed anche la tonsilla sinistra comincia ad ingrossare.

I gangli sono cresciuti di volume; lo stato generale è deperito assai. Si prescrive il liquore arsenicale; dopo qualche mese si è informati dell'esito letale.

L' esame microscopico ha mostrato trattarsi di linfosarcoma. Si nota una maggiore ricchezza di elementi cellulari che sono anche di volume maggiore, e verso la base di impianto i fasci costituenti la rete fibrillare si addensano gli uni agli altri in modo da ravvicinarsi notevolmente, e di spiccare tra gli elementi rotondi neoplastici. I vasi, che s'incontrano, sono a tuniche assai sviluppate, nè presentano note degne di rilievo. Malgrado l' estensione degli elementi neoplastici, il rivestimento epiteliale non è punto leso, poichè si mostra continuo e perfettamente normale.

Osservazione V. — Linfosarcoma della tonsilla sinistra.

C. M., di anni 48, contadino, di Benevento, ammogliato con 7 figli viventi e sani, nel mese di aprile 1900 cominciò ad avere molestie e dolori alla tonsilla sinistra, la quale crebbe di volume in pochissimo tempo e dopo due mesi il medico del paese vi notò delle ulcerazioni ed essudati biancastri, per cui avendo sperimentata inutilmente la cura antisifilitica, lo mandò al prof. Massei per consiglio.

L'esame, fatto nel mese di luglio, fece notare la tonsilla sinistra ingrossata, come una massa uniforme, di consistenza elastica, a superficie irregolare, ulcerata in alcuni punti, e coverta da essudati grigiastri,

Tutta la neoplasia avea il volume di un mandarino ed aveva invaso

anche i pilastri anteriore e posteriore. Dolori all'orecchio sinistro ed al braccio corrispondente.

Sotto l'angolo mascellare del lato destro si palpa un ganglio, duro, grosso quanto un uovo, cresciuto in due mesi, e qualche altro ganglio lungo lo sterno-cleido-mastoideo.

In vista di tali fatti si sconsiglia qualunque intervento, tanto più che l'esame istologico confermò la diagnosi di linfosarcoma, e siccome non vi sono altre particolarità degne di nota, così per brevità mi fermo a codesta descrizione.

Dell'infermo non ho avuto più notizie.

Osservazione VI. — Sarcoma della tonsilla destra.

Il 20 gennaio 1899 viene a consultarmi B. Filomena, di anni 45, da Maddaloni, nubile, domestica, per un'affezione alla tonsilla destra. Mestruata regolarmente fin dall'età di 17 anni, è amenorroica da 4 mesi e non ha avuto mai malattie d'importanza. I genitori sono viventi e sani.

Da un mese ha molestie e dolori nella deglutizione ed anche spontaneamente; nello stesso tempo si è accorta di un ingorgo alle glandole retro-mascellari di destra. Ha fatto varie cure ed anche la antisifilitica senza risultato. Il male è andato aumentando sempre, e da due settimane il dolore si esacerba di notte con accessi di soffocazione.

La tonsilla destra si mostra tumida, grossa quanto una noce, rosea, di consistenza alquanto dura, coperta da essudato bianco sporco aderente, e sporge nella linea mediana spostando l'ugola verso il lato opposto.

Una glandola all'angolo mascellare è dura e grossa quanto un piccolo uovo; posteriormente al muscolo sterno cleido-mastoideo notansi 2 a 3 gangli ingorgati, duri, spostabili e dolenti alla pressione.

Volevo asportare un pezzetto per confermare istologicamente la diagnosi, ma l'inferma non è più venuta.

Osservazione VII — Sarcoma della tonsilla destra.

Quest'altro caso è in persona di una donna, G. Vincenza, di anni 31, maritata, con figli, da Napoli, la quale viene all'Ambulatorio nel Maggio 1899, perchè affetta da mal di gola.

Pel passato ha sofferto di angine e di difterite; non ha avuto aborti, nè manifestazioni sifilitiche.

Da un mese ha dolori e disfagia, e difatti all'esame locale la tonsilla destra si vede tumefatta, grossa quan o un uovo di colombo, di consistenza elastica, alquanto molle, rosea, a superficie integra, ricoverta da qualche essudato biancastro. Il resto del cavo orale è normale.

La glandola sottomascellare destra e quelle latero-cervicali ingorgate, dure, indolenti. Nulla al lato opposto, all'epitroclea ed agl'inguini.

Pur diagnosticando un tumore maligno, si prescrive la cura antisifilitica,

riserbandoci in secondo tempo la conferma istologica, ma sfortunatamente l'inferma non ritorna a farsi rivedere.

Osservazione VIII — Carcinoma della tonsilla destra.

Verso la fine di maggio 1897 si presentò alla nostra osservazione la signora N. N., di anni 56, di nazionalità tedesca, per una affezione alla tonsilla destra. Nei precedenti morbosi figurano la malaria, una erisipela facciale con nevralgia del trigemino a destra, di cui era guarita da tempo quando si fece osservare da noi. Non ha sofferto mai sifilide.

I suoi disturbi rimontano al dicembre 1896, quando si accorse di un accrescimento della tonsilla destra con poco dolore; tali fatti si protrassero immutati per circa sei mesi. Ma essendo sopraggiunti disturbi della voce e della deglutizione ed esacerbazione del dolore, venne all'Ambulatorio per cercare consiglio.

L'esame locale fece rilevare un aumento della tonsilla destra e dei pilastri corrispondenti, del volume di una grossa noce, con superficie ulcerata. Però l'esame laringoscopico fece escludere qualsiasi diffusione alla laringe, ed il disturbo della voce era dovuto a difficoltata pronunzia, come quello della deglutizione alla presenza del tumore.

Non vi era ingorgo glandolare.

Si asportarono dei pezzetti per l'esame istologico a conferma della nostra diagnosi, e si consigliò all'inferma l'operazione, per cui fu accolta nella clinica del prof. D'Antona. Ivi le fu praticata la tracheotomia preventiva.

Nel tempo che decorse per la guarigione di tale operazione, il tumore prese vaste proporzioni ed i gangli viciniori crebbero talmente, da far smettere l'idea di qualunque intervento radicale, e dopo qualche mese l'inferma ne morì.

I tagli ottenuti dai pezzetti asportati dal tumore presentano al microscopio tutti le stesse note, cioè completa distruzione del rivestimento epiteliale, il quale è supplito da cellule neoplastiche di natura epiteliale, differenti tra loro. Esse si approfondano nel tessuto sottostante, irregolarmente, occupandolo in così gran copia, da non lasciare minima traccia di tessuto tonsillare.

Gli elementi neoplastici mostrano le note d'incipiente necrosi, rilevabile tra l'altro per la distruzione del protoplasma, per la poca colorabilità dei nuclei ecc. Il quale fatto può anche dipendere dalla scarsa irrorazione sanguigna che si nota nel tumore, oltre alle cause che hanno agito sulla vasta superficie ulcerata.

Osservazione IX — Carcinoma della tonsilla destra con diffusione al velo pendolo.

Il 14 gennaio 1899 viene all'Ambulatorio P. Pietro, di anni 50, da Napoli, celibe, venditore, accusando mal di gola. In gioventù ebbe blenorragia e si contagiò di ulcera unica, assicurando di non aver avute altre

manifestazioni da far sospettare la sifilide. I suoi genitori sono morti di malattie comuni, un fratello di bronchite.

È stato sempre bene fino al mese di agosto 1898, quando incominciò ad avere dolori alla tonsilla destra e disfagia, ma non vi fece caso, attribuendo ciò ad un comune catarro. Però i fatti si accentuarono e dopo un paio di mesi notò una piccola ulcerazione della tonsilla. Neanche questa volta vi fece attenzione, e tirò avanti per altro tempo fino al gennaio 1899, epoca della nostra osservazione.

All'esame obbiettivo notasi una vasta ulcerazione in corrispondenza del polo superiore della tonsilla e del pilastro destro, che si estende anche al velo, della grandezza di un 2 centesimi, a bordi sfrangiati, coperta da secrezione verdastra fetida, che immette in una escavazione abbastanza profonda. La tonsilla destra è grossa, dura e sporge nell'istmo delle fauci. Non vi sono ingorghi glandolari. Stato generale florido.

Per tali fatti pensammo più ad una gomma ulcerata anzichè ad una neoplasia, per cui prescrivemmo una energica cura antisifilitica, sorvegliando l'infermo.

Dopo un mese di cura, ad onta delle medicature locali, la lesione non cambiò aspetto, nè si modificò punto, per cui avendo fondati sospetti che si trattasse di un carcinoma, asportammo dei pezzetti per l'esame istologico pur continuando la cura del ioduro.

Ai 9 marzo dell'istesso anno l'ulcerazione si estese a tutta la metà destra del palato molle, al pilastro anteriore fin sopra ed in corrispondenza dell'ultimo molare destro, e la tonsilla, divenuta ancora più grossa, pareva spostata in basso occupando quasi tutto l' istmo delle fauci. Verso l'angolo mascellare destro notavasi una glandola ingorgata, grossa quanto un uovo.

Lo stato generale cominciò a deperire; si prescrisse il liquore arsenicale e la resorcina per lavande.

Non pensammo ad un intervento attivo, poichè la vasta estensione del tumore e la sede non ci avrebbero permesso una generosa asportazione.

Dopo 2 mesi l'infermo soccombette in preda a grave cachessia.

Relativamente a questo caso ci è poco da osservare in quanto a particolari istologici, trattandosi di una forma epiteliale, la quale non presenta che poche differenze nei varii preparati e nei diversi punti esaminati. Ha importanza, però, il rilevare che quantunque la diffusione di elementi epiteliali arrivi fin sotto l'epitelio di rivestimento, pure questo è continuo, non presentando punti di ulcerazione in nessun preparato, anzi in taluni punti è assai ispessito. Le cripte tonsillari sono scomparse, ed al loro posto si osservano dei cordoni epiteliali ripieni, che scendono con limite netto fino ad una certa profondità. Tutta la sottomucosa è occupata da una infiltrazione neoplastica, la quale è disposta in tutti i capillari, e, in alcuni punti, è enormemente rilevante. Segue un connettivo assai vascolarizzato,

il quale comprende e circonda tanti isolotti, tutti costituiti da elementi neoplastici del tipo epiteliale. Però le cellule non hanno l'aspetto tipico dell'epitelio pavimentoso o cilindrico, e invece variano assai fra di loro, cosicchè questo tumore deve ascriversi fra i carcinomi. Nei grossi vasi vi sono note di ipertrofia delle tuniche esterne, mancano le note di obliterazione del loro lume, osservazione facile a riscontrarsi nei tumori nei quali una fase necrotica sia più o meno evidente. Il che in questo caso deve ascriversi, molto probabilmente, alla scarsissima presenza della medesima, poichè in pochi punti si osservano zone necrotiche.

Per il resto, niente che ricordi la struttura della tonsilla, come a dire i follicoli od altro, tanto che l'aspetto di questo tumore è simile a quello di un carcinoma di qualsiasi altra sede, mentre a noi è stato dato osservare spesso, in casi più rapidamente letali del presente, residui normali di glandola tonsillare in mezzo a zone di tumore.

Osservazione X.—Epitelioma della tonsilla sinistra.

I. Giuseppe di a. 65, vedovo, da Napoli, capitano a riposo, consulta il prof. Massei nel Giugno 1900 per una lesione alla gola. Nulla nell'anamnesi. Non ha sofferto sifilide, ed è stato sempre bene.

Sei mesi prima avea cominciato a soffrire dolori in corrispondenza della tonsilla sinistra e molestie nella deglutizione. Tali fatti crebbero gradatamente, e al momento della nostra osservazione si notava la tonsilla sinistra grossa quanto una noce, deformata, abbastanza dura con piccole ulcerazioni, e secrezione fetida. Non vi era adenopatia cervicale.

Si fece diagnosi di tumore maligno della tonsilla sinistra (*carcinoma*) ed in vista della limitazione della neoplasia si consigliò l'operazione, pur prescrivendo la cura antisifilitica di prova per 15 giorni.

Scorsi i quali, essendo immutata la lesione, l'infermo venne operato dal prof. Frusci, che asportò il tumore e buona porzione del tessuto sano.

Guarito relativamente presto, rimase al posto della tonsilla una cicatrice dura, che impediva l'apertura libera della mascella inferiore.

Il tumore asportato mi venne inviato per l'esame istologico. Esso era della grandezza di un piccolo uovo, della forma di cavolfiore, con piccoli punti necrotici, e con un peduncolo abbastanza largo, però era scomparsa qualsiasi forma di tonsilla. Fu messo in alcool assoluto, e dopo i varii passaggi incluso in paraffina, per farne tagli microscopici che descriverò in appresso.

Ho sorvegliato l'infermo e dopo 8 mesi dall'operazione ha cominciato a soffrire dolore nella deglutizione, inceppo nei movimenti della lingua, senza che all'esame locale si fosse notato alcuna lesione nuova, o riproduzione in sito. Però i fatti sono andati sempre crescendo, ed è comparso uno sputo sanguigno, tanto che pensammo ad una riproduzione lungo la fossa glosso-epiglottica e della faringe, ma nonostante che l'esame con lo

specchio riuscisse difficile per la difficoltata apertura della bocca, pure nulla si notava.

Dopo un mese ci siamo accorti che la riproduzione si faceva alla base della lingua ed al pavimento in corrispondenza dell' angolo mascellare sinistro, ove si notava una tumefazione neoplastica, dura, dolente, sanguinante, a superficie ulcerata. Nessuna riproduzione sulla cicatrice. I ganglii linfatici all'angolo mascellare si sono ingrossati, la cachessia è andata sempre progredendo, in modo che pochi altri giorni restavano di vita all' infermo.

A differenza del caso precedente, descritto sopra, questo tumore è costituito completamente da epitelio pavimentoso, che da varii punti della superficie manda numerose gittate verso l' interno, in mezzo alle quali si osservano numerosi zaffi epiteliali.

Il connettivo di sostegno è fortemente infiltrato da elementi rotondi, e presenta, in più punti, una fase telangettasica; verso la base del tumore si notano fibre muscolari, il che fa ammettere l' incipiente compartecipazione delle parti circonvicine, non nel senso di avervi riscontrato elementi neoplastici, ma per aver colto la loro fusione col peduncolo del tumore.

Tale osservazione va d' accordo col fatto, che non si è avuta riproduzione del tumore in sito, essendo stato asportato con buona porzione di tessuto sano.

Osservazioni XI e XII—Epitelioma della tonsilla sinistra.

Questi due casi riguardano 2 donne, presentatesi all' Ambulatorio con ulcerazioni neoplastiche della tonsilla, nelle quali la forma clinica era manifesta, ed inutile qualunque intervento per la diffusione del tumore.

1) T. T., di a. 51, da Napoli, maritata con figli sani, non ha avuto mai aborti nè sifilide.

Il 20 Aprile 1899 si presenta a noi accusando dolori e disfagia, che da 3 mesi la molestavano, ma che da 10 giorni si erano accresciuti, ingrossandosi anche le glandole sottomascellari del lato sinistro. Ha avuto da qualche giorno sputo sanguigno.

All' esame, la tonsilla sinistra si mostra infiltrata, cresciuta di volume, ulcerata alla superficie, ma abbastanza dura e ricoverta da essudato necrotico, bianco sporco. La infiltrazione si estende al palato molle ed ai pilastri del medesimo lato; l'ugola è tumefatta e spostata verso destra. Le glandole all' angolo mascellare, grosse, dure, quanto un uovo. Stato generale scaduto.

L' inferma non permise che se ne asportasse un pezzetto per l' esame istologico, nè si è fatta più vedere.

2) Il 22 Marzo 1900 viene a farsi visitare C. Raffaella, di anni 59, maritata, contadina, di Mugnano. E' stata sempre bene, meno qualche febbre; non ha avuto infezione sifilitica, nè aborti. Racconta che da 3 mesi

avea cominciata a soffrire con la gola, avendo disfagia e dolori lancinanti al lato sinistro, esacerbantisi di notte e coi movimenti della deglutizione. Cachessia incipiente.

La tonsilla sinistra notasi infiltrata, distrutta a metà da una ulcerazione a bordi strangiati, necrotici, con secrezione fetida, che si estende anche al pilastro anteriore ed alla base della lingua, metà sinistra.

Le glandole prossimiori sono ingorgate, i movimenti della lingua impediti, per cui la favella è stentata.

Pur diagnosticando un epitelioma ulcerato della tonsilla, intraprendemmo una cura antisifilitica, ma senza risultato favorevole, poichè dopo qualche mese l'inferma morì in preda a profonda cachessia.

* * *

Dallo studio dei casi sopra descritti possiamo trarre i seguenti ammaestramenti.

1) La diagnosi di tumore maligno della tonsilla non è sempre facile, specie nei primordii, appunto quando molto interessa la sicurezza della diagnosi per poter consigliare un attivo intervento.

2) Ogni affezione unilaterale della tonsilla ci deve far sospettare, massime nell'età adulta od innoltrata, una neoplasia.

3) Il dubbio sta tra una forma neoplastica della tonsilla e una gomma, per cui è doveroso iniziare la cura antisifilitica, giacchè si sono avuti dei casi di gomme equivocate per tumori e guarite col trattamento interno.

4) Il rapido ingorgo delle glandole sottomascellari, l'evoluzione ulcerativa della tonsilla, con diffusione al lato opposto, e la cachessia confermeranno la diagnosi di neoplasia.

5) L'esame istologico, molte volte, tronca qualunque discussione, sebbene non sia infallibile.

6) L'intervento attivo è da consigliarsi nel solo caso che il tumore è limitato e non vi sia partecipazione dei gangli.

7) In tali casi fortunati sarebbe da preferire la via interna, dal cavo orale, mentre in tutti gli altri la via esterna è la sola che ci permette di fare una generosa asportazione, e ci preserva da una recidiva in sito.

Napoli, Giugno 1901.

BIBLIOGRAFIA

(1) Mackenzie — A manual of diseases of the throat and nose. London, 1880.

(2) Velpeau — Dictionnaire encyclopedique des sciensès médicales.

(3) Vidal, Warren — Ivi.

(4) Demarquay — Ivi.

(5) Nélaton — Lezioni dl patologia chirurgica.

(6) e (7) — Citati da Cozzolino — Morgagni, 1884.

(8) Maisonneuve — Bulletin de la Société de Chirurgie, 1859.

(9) Lennox-Browne — Throat and its diseases, 1878.

(10) Seduta del 20 ottobre 1885 della Società patologica di Londra.

(11) Poland — British and foreign Med. Chir. Review. N. 98, 1872.

(12) Passaquay — Des tumeurs des amygdales. Thèse de Paris, 1873.

(13) Cozzolino — Sui tumori maligni delle tonsille. Morgagni, 1884.

(14) Massei — Encefaloide delle tonsille. Rivista clinica degli Ospedali, anno V. N. 6, 1884.

(15) Cardone — Archivio internazionale di Laring. etc. fasc. IV, 1886.

(16) Marano – Epitelioma primario della tonsilla. Archivio internaz. di Laring. etc fasc. VIII, 1893.

(17) Arslan — Tumori delle tonsille. Boll. delle malattie dell' orecchio, della gola e del naso, anno XIV, N. 4, 1896.

(18) Lermoyez — Ann. des maladies de l' oreille, du larynx etc. Aprile 1893.

(19) Damieno — Archivii italiani di Laringologia, 1893.

(20) Dionisio — Gazz. medica di Torino, 1892.

(21) Luc — Sarcome de l'amygdale. Archiv. inter. de Laryngologie, 1892.

(22) Blandin — Traité prat. des mal. vénéer. Paris, 1853

(23) Velpeau — Traité des maladies du sein. Paris, 1858.

(24) Bryson-Delavan — Simulated sarcoma of the tonsil, with case. Soc. amer. di Laring. Maggio 1898.

(25) Gray — American Journal of méd. sciences, 1889.

(26) Verneuil — Progrès med. 1893.

(27) Heymann — Archiv. intern. de Laryng. Tom. X, p. 126, 1897 e Tom. XI, p. 203, 1898.

(28) Castex — Des tumeurs malignes de l'arrière-bouche. Revue de chirurgie, 1886.
(29) Newmann — The amer. Journal. of med. sciences, 1892.
(30) — British med. Journal, 1897.
(31) Emery Lamphear — The New York med. Journal, 1895.
(32) Heaton — British med. Journal, 1897.
(33) Mc-Burney — Med. Record, 1897.
(34) Gaudier de Lille — Sarcome de l'amygdale. Soc. franc. d'Otol. et Laryng. Maggio 1899.
(35) James Galbraith Counal — Carcinoma of the tonsil. British med. Journal, 1899.
(36) I. V. Ingersoll — Primary epithelioma of the tonsil. The Laryngoscope, 1900.

I progressi dell' intubazione laringea da Bouchut ad oggi

Massima semplificazione dell' apparecchio d' intubazione

pel Dott. EGIDI FRANCESCO, di Roma

L'intubazione laringea, seguita al cateterismo come un geniale perfezionamento di questo, è oggi divenuta una operazione della massima importanza pratica, specialmente nella cura del crup.

Immaginata da Bouchut nel 1857, cadde immediatamente sotto la fiera opposizione che in seno all'Accademia di medicina di Parigi le fece Trousseau, il quale, insieme al Bretonneau, aveva tanto accreditato la tracheotomia nel crup. Il Bouchut da quell' epoca si rassegnò al verdetto dell'Accademia e non si parlò più per oltre 20 anni dell'intubazione.

O'Dwyer di New-York, ignorando i precedenti tentativi di Bouchut, cominciò, con indefesso lavoro nel 1880, a studiare l'intubazione e dopo 4 anni, nel maggio del 1884, potè ottenere la prima guarigione, usando tubi ancora rudimentali.

A questo seguirono altri numerosi successi e nel 1885 pubblicò, nel New-York Medical Journal, il riassunto di questi studi col suo apparecchio veramente ideale, facendo appello ai colleghi che in America risposero numerosi, come Waxham, Northrup, Dillon-Brown, Wrong, Sajous, Gay e molti altri.

In meno di due anni in America si fecero migliaia d'intubazioni e in quasi tutti i giornali e nelle Società scientifiche comparvero lavori sulla questione.

In Europa, però, la diffidenza durò parecchio tempo, avendo l'intubazione avversari accaniti, specialmente in Francia.

In Germania, in Isvizzera, in Spagna e perfino nell' America del Sud si aveva già una statistica che fu portata al Congresso di Berlino del 1890. In Italia si era rimasti diffidenti verso una operazione che in seguito doveva avere tanta fortuna, per una teorica opposizione che ingiustamente facevano tutti all'intuba-

zione; ma il 1° aprile del 1899 volli finalmente provarla in un caso di crup e dopo avere introdotto con qualche difficoltà il tubo, rimasi così impressionato per la rapida scomparsa della cianosi, che da quel giorno divenni entusiasta dell'intubazione ed abbandonai la tracheotomia, riservandola ad alcuni casi speciali.

Molti in Italia mi seguirono, primo il Massei di Napoli, che con pubblicazioni e dalla cattedra cercò di accreditare l'operazione, dando ad essa un grande impulso e facendo figurare al Congresso di Berlino anche la nostra modesta statistica, che ora è divenuta numerosa, come numerosi gli operatori, fra i quali Damieno, Tanturri, Prota, Belfiore, Solimene (di Napoli), Ricci, Nicolai, Corradi ed altri.

Nè mi scoraggiò di fare l'intubazione la mortalità che ebbi nei primi anni, una vera ecatombe, perdendo il 90 p. 0[0 degli operati, poichè la mortalità non doveva incolparsi al metodo, sibbene al triste genio epidemico dominante in Roma in quell'epoca, tantochè con la tracheotomia si ebbero pressocchè gli stessi risultati.

Con tutte le statistiche comparative e preziose che si venivano pubblicando e che dimostrano luminosamente come l'intubazione, se non superiore nei risultati alla tracheotomia, pure si manteneva allo stesso livello di questa, non mancarono oppositori fieri che cercarono di screditare con tutti i mezzi l'intubazione rilevandone i difetti, e primi fra questi i francesi che non poterono rassegnarsi ad abbandonare la tracheotomia accreditata presso di loro da Bretonneau e Trousseau e che fu tanto famigliare nella cura del crup.

Se nonchè, un fortunato trovato della scienza decise provvidenzialmente sulle sorti dell'intubazione, la scoperta del siero antidifterico fatta da Behring.

Colle iniezioni di siero, specialmente se fatte per tempo, il decorso del crup si riduce a 36 ed anche a 24 ore, le membrane si rammolliscono, si distaccano e ridotte in poltiglia vengono facilmente espulse attraverso al tubo, per il che le principali difficoltà e molti difetti dell'intubazione furono eliminati.

La facile occlusione del tubo, che era il più grande pericolo, non si verificò più e la permanenza del tubo nella laringe, che in certi casi io ho dovuto prolungare fino a 25 giorni, ora si riduce a pochissimi giorni ed anche a poche ore.

Gli avversari dell'intubazione vennero così disarmati e compresero ben presto che sarebbe stato ridicolo seguitare ad aprire le piccole trachee dei bambini, esponendo questi a così gravi

pericoli, mentre si sarebbero potuti salvare con la semplice introduzione del tubo nella laringe.

I risultati dell'intubazione nel crup furono tanto rassicuranti dopo l'uso del siero, che la tracheotomia è divenuta ora una operazione da farsi solo in qualche caso speciale.

Difatti, l'intubazione, nel 1894, epoca memorabile della scoperta del siero Behring, cominciò a trionfare e la più grande applicazione e diffusione fu data dai francesi stessi nei vasti padiglioni di cruposi dell'ospedale Trousseau e des Enfants Malades di Parigi per opera di Bonain, Martin, Sevestre, Bayeux, Variot; ospedali, da dove uscirono le statistiche più numerose e confortanti.

Per provare luminosamente colle cifre i progressi dell'intubazione e la sua superiorità oramai riconosciuta da tutti sulla tracheotomia, io riporto alla lettera la statistica che il mio amico Massei raccolse nella dotta conferenza fatta in Roma (1) per commemorare O'Dwyer.

Il Massei così si esprime: — « Ebbene, fin dal 1896 Bensande e Rist, riportandosi ad una statistica di L. Martin « dell'Ospedale « des Enfants malades » relativa ad un semestre « del 1895, riferiscono che la mortalità mondiale per l'intubazione « era del 22 p. 0[0 e che, diffalcando le morti avvenute nelle prime « 24 ore dell' entrata nell'ospedale, questa scendeva al 13,5 p. 0[0, « mentre dal 1887 al 1894 la mortalità per tracheotomia era del « 77 p. 0[0, onde logicamente conchiudono: « ecco delle cifre che « rappresentano il miglior argomento in favore della intubazio« ne nel crup ».

« Statistiche più recenti degli ospedali di Parigi fanno rile« vare una mortalità non superiore al 27,2 p. 0[0, ed in Austria, « in Germania ed in Russia le cifre di poco si discostano. Non « saprei neppure tacere quello che è avvenuto in America: da« gli atti della Società Pediatrica ai quali tanta parte aveva « presa O' Dwyer, come membro del Comitato inquirente sui « risultati della nuova cura della difterite nella pratica privata, « risulta che, sino al 1892, si contavano 5,546 intubazioni nel« l'esercizio di 542 medici e la mortalità oscillava fra il 25,9 e « il 27 p. 0[0, percentuale che si mantiene anche in due raccolte « statistiche successive del 1896 e 1897. Il distacco fra questo « periodo e quello anteriore alla sieroterapia è enorme, perchè

(1) Massei F. — In onore di Giuseppe O'Dwyer. — Conferenza tenuta in Roma in occasione del 4° Congresso della Società Italiana di Laringologia, Otologia e Rinologia la sera del 25 ottobre 1899.

« segnava il 65,5 p. 0[0, ma ricordiamoci che in New-York le gua-
« rigioni per tracheotomia lambivano lo zero, e che in Fran-
« cia, se tracheotomia ed intubazione si equiparavano nei ri-
« sultati finali prima del siero, oggi che la mortalità, grazie al
« prezioso rimedio, è sensibilmente discesa, quella per tracheo-
« tomia, pur cadendo dal 75 al 45 p. 0[0, rimane sempre superiore
« alla mortalità per intubazione, che come abbiamo visto è sol-
« tanto del 27,2 p. 0[0 in media ».

La statistica Italiana, basata sui casi di Massei, Damieno, Ricci e miei, potè ben presto figurare a lato di quelle straniere or ora nominate con risultati pressochè simili, e di ciò possiamo andare orgogliosi, perchè le diverse centinaia d' intubazioni fatte da me e dai nominati colleghi furono con grandi sacrifizi praticate nella clientela privata e non nell'Ospedale.

Incoraggiato dai risultati che, per quanto riguarda i miei casi, sono ancora più soddisfacenti, avendo ottenuto in questi ultimi tempi il 90 p. 0[0 di guarigioni, ho esteso la pratica della intubazione anche ai bambini di tenera età, ai lattanti (1).

Fino ad ora ne ho intubati otto, dei quali il più più piccolo aveva appena 5 mesi e mezzo e tenne il tubo per lo spazio di otto giorni.

E pensare che questi bambini prima della pratica della intubazione sarebbero stati condannati a morte certa, poichè la tracheotomia non si sarebbe mai permessa dai parenti, nè tentata dai medici perchè di esito incerto!

L'intubazione laringea non solo ha progredito per ciò che riguarda la parte clinica, ma anche per gli apparecchi. Difatti, guardando quello rudimentale di Bonchut e l'ultimo perfezionato di O' Dwyer, si vede a colpo d' occhio la differenza immensa che passa fra i due.

In questo ultimo periodo di tempo vi sono stati perfezionamenti fatti da Bayeux, Ferraud, Perez-Avendagno ed altri, i quali hanno fatto a gara per rendere l'intubazione sempre più facile.

Il Bayeux, ad esempio, immaginò l'estubazione digitale (chiamata enucleazione), che risponde a meraviglia.

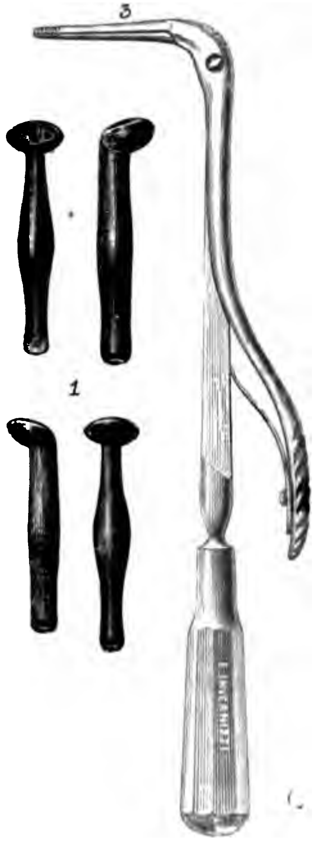
Ed io, allo scopo di rendere sempre più alla portata di tutti

(1) F. Egidi.—Cinque casi d'intubazione per crup nei bambini lattanti. Svezzamento immediato e nuovo mezzo di nutrizione. — Comunicazione fatta alla Società di Laringologia il 26 ottobre 1899 in Roma.

F. Egidi — Altri casi d'intubazione nei lattanti. Estubazione col metodo Bayeux. — Comunicazione fatta alla Società di Laringologia etc. il 27 aprile 1900, a Napoli.

la tecnica dell'intubazione laringea, ho voluto rendere anche più semplice l'ultimo mio apparecchio, in cui aveva già abolito dall'introduttore lo spingi-cannula, sembrandomi inutile ed imbarazzante, servendomi invece del dito indice della mano sinistra per lasciare in posto il tubo (1).

Dopo aver praticato centinaia d'intubazioni, mi sono persuaso



che l'operazione si può semplificare anche più ed ho abolito il mandrino, servendomi di una semplice pinza, e questo in grazia dei tubi di vulcanite, che O' Dwyer immaginò per l'intubazione prolungata e che presentò il 6 maggio 1897 alla Società

(1) F. Egidi. — Nuovo apparecchio d' intubazione laringea semplificato. Supplemento al Policlinico, vol. I n. 35 1895.

Pediatrica americana, riunitasi a Washington. Questi tubi sono veramente perfetti, sia per la forma, che per la lunghezza, e all'estremità inferiore hanno un piccolo rigonfiamento che facilita l'introduzione senza lacerare la mucosa (v. la fig. 1, dove si osservano i tubi senza mandrino, disegnati in 4 posizioni diverse).

L'istrumento, che funziona da introduttore ed estrattore insieme, è rappresentato da una pinza a due branche, di cui una a leva (v. la fig., 2), che serve ad aprire i morsi, i quali tengono fissato il tubo sia per l'introduzione, che per l'estrazione.

Ho abolito il mandrino delle cannule, perchè esso ha bisogno di un introduttore speciale e spesso complicato, come quello di O' Dwyer, il mio modificato (1), quello di Bayeux ed altri, nei quali lo spingi-cannula rende qualche volta difficile l'introduzione del tubo, che dopo penetrato nel cavo laringeo viene trasportato fuori insieme al mandrino; fatto che ho avuto occasione di verificare spesso, assistendo ad intubazioni praticate dai novizi.

Data l'ultima e geniale forma dei tubi di O' Dwyer, io sono venuto nel convincimento che del mandrino si può fare a meno, perchè effettivamente esso serve per innestare i tubi sull'introduttore e per togliere la smussatura del tratto inferiore del tubo.

Ora, colla forma che O' Dwyer ha dato ai suoi tubi, i quali presentano un rigonfiamento all'estremità inferiore e quindi l'introduzione nella laringe si può verificare senza traumi della mucosa, il mandrino si potrà abolire e ridurre l'apparecchio d'intubazione ad una pinza e ad una serie di tubi liberi.

L'apparecchio così costituito raggiunge la massima semplicità, la massima economia e, quel che più importa, dà la massima facilità nell'eseguire l'operazione.

La pinza funziona da introduttore, facendo penetrare la punta chiusa (v. la fig., 3) nell'imboccatura superiore del tubo e premendo la leva sul manico (v. la fig., 2) si ottiene l'apertura dei morsi e quindi il tubo resta così mantenuto e fissato alla pinza stessa.

S'introduce secondo le regole già note nella laringe e, allorquando il tubo è penetrato nel cavo laringeo, si lascia libera la leva sul manico, i morsi abbandonano il tubo che resta nella laringe, mentre la pinza si ritira dalla bocca.

(1) F. Egidi — Apparecchio d'intubazione laringea per bambini ed adulti modificato. Bollettino delle malattie dell'orecchio, della gola ecc. Anno X N. 1, 1892.

Questo atto si esegue con grande facilità, non essendovi l'impedimento del mandrino, che qualche volta si trascina fuori anche il tubo.

La punta del dito indice della mano sinistra, che ha già sollevata l'epiglottide ed ha guidata l'introduzione del tubo nella laringe, nell'atto dell' estrazione della pinza deve poggiare sul padiglione del tubo, sia per impedire la fuoriuscita di questo, sia per compiere l' operazione spingendo fortemente il tubo nel cavo laringeo.

Per l' estrazione. la pinza funziona nello stesso modo: si fa penetrare chiusa nell imboccatura del tubo, si preme la leva sul manico ed i morsi si aprono, facendo fortissima presa contro le pareti della cannula, che viene portata fuori dal laringe.

Roma, Luglio 1901.

RIVISTA DI OPERE E GIORNALI

Chauveau dott. C. — *Storia delle malattie della faringe* (*Histoire des maladies du Pharynx*).

In una efficace prefazione, il dott. du Castel, nel presentare il libro, compendia assai bene, lo spirito che lo ha dettato ed i pregi che possiede; noi non possiamo che ripetere quelle auree parole, per invogliare i lettori ad acquistare il prezioso libro.

« In mezzo alla febbre delle pubblicazioni che caratterizza la nostra epoca, appena ci è dato seguire la produzione giornaliera; rari son coloro ai quali rimangono dei momenti per pensare che vi furono degli antenati, più rare le anime elette che trovano il tempo per studiarli ».

E più in là: « è duro pensare che le nostre spiegazioni teoretiche produrranno sui nostri discendenti l'effetto che producono su noi le dottrine dei maestri dell'antichità ».

Or bene, il dott. Chauveau, noto nella nostra Repubblica letteraria, autore di pregevoli lavori e soprattutto di una colossale opera sulla faringe (il 1° volume fu annunciato nel precedente fascicolo), con quest'altro libro colma una lacuna: egli riunisce, cioè, in un volume separato le analisi dettagliate dei varii autori, materiale storico del quale non avea potuto dare che un succinto riassunto nel suo *Trattato della faringe.*

E questo studio è cronologicamente diviso in epoche: la *greco-romana*, la *bizantina*, l'*araba*, la *medioevale*, la *moderna.*

Ammirati di tanto studio, di tanta pazienza e competenza, facciamo meritati elogi al solerte autore, degno di encomio e d' incoraggiamento, pel valore e la ricchezza delle sue indagini.

Il volume, di 300 pagine, è stato pubblicato a Parigi, dalla Casa: J B. Baillière et Fils, 19 Rue Hautefeuille.

Massei

Lichtwitz dott. L. — *Cura aerotermica di alcune affezioni nasali* (*Du traitement aérothermique dans quelques affections nasales*).

Sedotto dalla cura con l' aria calda, proposta da Lermoyez e Mahu in alcune affezioni nasali (v. *Annales des maladies de l' oreille*, *du larynx* etc., luglio 1900), e che consiste nell' introdurre nella cavità nasale

una corrente d'aria calda e secca, alla temperatura variante da 70° a 90°, l'A. ha pensato innanzitutto di modificare e completare l'apparecchio immaginato dai promotori di questo metodo.

Egli ha lasciato immodificata la 1ª parte dell'apparecchio, il *generatore dell'aria calda*, consistente in un serpentino di rame, riscaldato da un becco Bunsen; ed egualmente ha conservato la 3ª parte dell'apparecchio, risultante dal *tubo conduttore*, guarnito all'interno di tessuto d'amianto e ricoverto di anelli spiroidi in metallo articolati, nonchè le *cannule*, le quali hanno grandezza e forma differenti secondo i casi. Invece, ha interposto fra l'estremo libero del tubo conduttore e la cannula un pezzo che fa da regolatore della pressione e della temperatura, ed ha modificato e completato la 2ª parte, la più importante dell'apparecchio, cioè il *serbatoio di aria compressa*.

Considerate le difficoltà di potersi procurare in provincia aria compressa a buon mercato, ha ideato e fatto costruire un vero *generatore di aria compressa*. Questo si compone di un motore elettrico di mezzo cavallo che, mercè di un volante, muove una pompa a doppio effetto. Il motore elettrico di 120 volts è montato in derivazione; il circuito dell'eccitatore è fatto direttamente da un commutatore. Il mantenimento della forza elettrica è regolato da un circuito di 3 lampade di differente esito e montate in serie. Ad evitare intermittenze nel fornimento dell'aria compressa, ha intercalato un *serbatoio di gomma*.

Oltre a rilevare i vantaggi del suo apparecchio, l'A. ne riporta per maggiore intelligenza la figura, che siamo dolenti di non poter riprodurre.

Lichtwitz ha applicato questo trattamento in svariate affezioni nasali, ma è convinto che si ricava il maggior vantaggio in tre categorie di malattie: 1° nelle affezioni che sono riunite sotto il nome generico di rinite spasmodica; 2° nella rinite acuta e subacuta, con o senza partecipazione dei seni; 3° nella rinite ipertrofica con ostruzione variabile o, come egli dice, « à bascule ». Ha, così, trattato varii altri casi, che non essendo ancora numerosi si limita a notare; sono casi di lupus delle mucose, di epistassi ribelle, di ulcere torpide del setto, di sinusiti mascellari (con la introduzione diretta del tubo nel seno), nei quali ha elevato la temperatura, cosa facile con la sua pompa elettrica.

Viene riferito un esempio per ciascuna delle prime tre categorie di malattie. In tutte le applicazioni dell'aria calda, la durata media è stata tre minuti. La temperatura è variata fra 70° e 90°; ma talvolta, a principio delle esperienze, elevandosi al di sopra di queste cifre, ha prodotto un'escara superficiale della mucosa, che è scomparsa a capo di alcuni giorni. Salvo questi casi, ed altri in cui è sopravvenuta qualche crisi di starnuti, queste applicazioni sono riuscite bene tollerate.

Per le numerose osservazioni fatte, egli afferma che questo metodo dà eccellenti risultati nella rinite spasmodica e nelle riniti subacute ribelli: qu

la guarigione si ottiene in alcune sedute (2 a 5 circa). Per la rinite ipertrofica « à bascule », i risultati sono meno netti. In alcuni casi la guarigione è stata completa e il risultato superiore a tutti i metodi di cura prima adoperati. In un caso l'aria calda gli ha anche risparmiato la turbinectomia. In un altro, era stata fatta la turbinectomia bilaterale, e ciò nondimeno l'infermo andava soggetto a corizze frequenti, ad asma nasale, ad un tic facciale d'origine nasale; tutti questi disturbi guarirono con qualche seduta aerotermica. In molti malati di rinite ipertrofica, invece, egli non ha ottenuto che un miglioramento, ed in un caso il trattamento è fallito. È vero, però, che il bambino, poco docile, male si prestava a questo metodo.

In conclusione l'Autore dice che l'arsenale terapico si è arricchito di un altro metodo, che però noi vogliamo riserbarci ancora di chiamare nuovo, come fa l'A., finchè non sia meglio stabilito quale fra i due elementi, la temperatura o la pressione dell'aria, sia quello che agisca favorevolmente, giacchè, se fosse quest' ultimo, bisognerà non dimenticare i benefici effetti che si ottengono negli stessi casi dalle applicazioni di *aria compressa con l' apparecchio di Waldenburg*. Il Massei, in vero, già da tempo si trova di aver fatto uno studio simigliante con questo apparecchio, ed i risultati, egualmente felici, ottenuti nella rinite ipertrofica, si possono leggere nella sua *Patologia e terapia delle fosse nasali*. ecc., Milano, F. Vallardi editore.

TRIFILETTI

GRADENIGO prof. G. — *L'ipertrofia della tonsilla faringea* (*Die Hypertrophie der Rachentonsille*).

In questa dotta monografia—la quale fa parte delle « Conferenze cliniche nel campo dell' Otologia e della Faringo-rinologia » che vengono pubblicate in Germania sotto la guida del prof. Haug—l'A. ha raccolto e sottoposto ad una rigorosa disamina scientifica tutto l'enorme materiale oggi esistente nella letteratura sopra questo importantissimo capitolo della specialità, sul quale tanta luce proiettarono le geniali ricerche del Meyer di Copenaghen.

L'A. esamina la definizione della malattia, e fa rilevare che il nome di « vegetazioni adenoidi » creato dal Meyer, non regge che per una parte dei casi di questa specie, perchè non risponde esattamente alla natura della lesione anatomica. In fatti, nella forma tipica si tratta dell'ipertrofia di un organo normale, che ha sede e struttura ben determinate; laddove le vegetazioni rappresentano soltanto una parte della tonsilla ipertrofica. Secondo Gradenigo, bisogna fare una distinzione rigorosa fra l'ipertrofia della tonsilla faringea e le vegetazioni adenoidi nello stretto senso, le quali sono costituite da quelle voluminose granulazioni che rappresen-

tando prolungamenti del tessuto adenoide ed hanno l' aspetto di villi e di creste.

Benchè soltanto in questi ultimi anni si sia approfondita l'intima essenza di questo processo morboso, non è a credere che gli antichi non ne avessero qualche conoscenza. Da un passo di IPPOCRATE si rileva che a costui non era ignota la *facies adenoidea*. Lo stesso può dirsi dei suoi successori, nelle opere dei quali si legge che vi sono persone le quali, per impedimento della respirazione nasale, tengono continuamente la bocca semichiusa, hanno le glandole linfatiche ingrossate, soffrono deformità del torace e malattie auricolari: tutti sintomi frequenti nell'ipertrofia adenoidea. Ma è con l' inizio del secolo scorso che si ebbero le prime conoscenze precise; quando Itard, Bouvet ed altri incominciarono a descrivere casi di sordità dovuta ad ipertrofia della tonsilla faringea. Toynbee nel 1860 indicò la coincidenza tra la ipertrofia di questa e la tumefazione della mucosa nasale e faringea, che impedisce la respirazione nasale. A partire da quel tempo, Vinslow, Koelliker, Luschka, Tortual, Ganghofner ed altri studiarono la istologia e l'embriologia della tonsilla faringea; mentre Czermak e Tuerck, con la rinoscopia posteriore, ne fecero oggetto di preziosissime ricerche cliniche. Ma al Meyer spetta il merito di avere tracciato il quadro nosologico dell' affezione, di avere delineato con precisione la sindrome fenomenica, le note cliniche ed istologiche, di avere precisato il metodo operativo e fatto rilevare l' importanza di prendere in accurata disamina un'affezione che esiste in tutti i popoli civili, in grado maggiore di ciò che si era creduto fino allora, e che, se non combattuta a tempo nei giovani infermi, ne compromette gravemente lo sviluppo fisico e psichico. Tutti i lavori apparsi dopo la classica pubblicazione del Meyer, dice l'A., non hanno fatto altro che completare o precisare un po' meglio alcuni particolari di questo capitolo, ma nulla di sostanzialmente nuovo vi hanno aggiunto.

Alla definizione ed alla parte storica dell'affezione, l'A. fa seguire una minuta esposizione dell' embriologia, dell'anatomia e della fisiologia della tonsilla faringea, e fa passare per il crogiuolo di una critica accurata le varie opinioni emesse dagli autori sulla essenza dell'attività funzionale di questa glandola: a partire da quelli che le ritengono come un residuo embrionale superfluo, fino a coloro che la riguardano come un organo di difesa contro le infezioni, o come organi dotati di secrezione interna. Gradenigo opina che non ancora si è autorizzati a pronunziarsi per l' una, più che per l'altra delle teorie finora accampate su tale riguardo. Secondo lui, è probabile che le funzioni delle tonsille sieno molto più complesse di ciò che si crede, e che, analogamente a quanto ora è risaputo per altre glandole, si può ammettere una secrezione esterna di queste glandole, la quale sta in rapporto con la digestione, ed una secrezione interna la quale sta in nesso con la ematopoiesi, e probabilmente, fino ad un certo

grado, anche con la tutela dell' organismo contro le infezioni. Ad ogni modo, è certo che le tonsille hanno, dal punto di vista funzionale, una entità rispetto ad altre glandole, che sono di una importanza vitale per l' organismo. Perciò sono i disturbi meccanici, provocati dalla loro ipertrofia, che dominano il rispettivo quadro patologico.

Quanto alla frequenza di quest'affezione, l'A., da un accurato confronto di un gran numero delle rispettive statistiche, desume che l'età fra i 6-10 anni dà il massimo contingente di casi; indi seguono, per frequenza, l'età fra 1-5 e quella di 10-16 anni. Al di là dei 30 essa è rara, al di là dei 40 una eccezione.

Venendo a parlare delle cause dell'ipertrofia della tonsilla faringea, Gradenigo le divide in predisponenti (per lo più ereditarie) e dirette. Fra le prime annovera l'eredità, poi il clima, ecc. Ritiene come *insufficienti o non ancora ben fondate* le ipotesi etiologiche che spiegano l' ipertrofia della tonsilla faringea come un' autointossicazione dell'organismo. Secondo lui, l'ipertrofia adenoidea non è il risultato esclusivo di una data infezione a decorso acuto o cronico, nè sta sempre in nesso con una determinata serie di cause. Egli la riguarda piuttosto come l'esponente di una deficiente resistenza dell' organismo contro le ordinarie cause morbigene, e come la conseguenza dell' influenza debilitante, che viene esercitata da un gruppo di canse patologiche, soprattutto quando esse agiscono sugli antenati dei piccoli bambini.—Indi discute con grande competenza le note anatomiche ed istologiche dell'ipertrofia della tonsilla faringea, e sul fondamento delle ricerche personali e di altri autori, perviene al risultato che l'ingrossamento della tonsilla faringea — contrariamente alle asserzioni fantastiche di Dansac e di altri —si effettua secondo un solo tipo istologico, ch'è quello dell'ipertrofia semplice, salvo differenti peculiarità nei singoli casi, le quali concernono il grado di sviluppo dei follicoli, dei vasi sanguigni e del connettivo. Relativamente alla questione se, insieme a questi processi caratteristici, possano coesistere note istologiche evidenti di processi flogistici complicanti, l'A. si pronunzia affermativamente. Abbastanza spesso, dice egli, si possono riscontrare lesioni infiammatorie nelle tonsille ipertrofiche.—Per espletare completamente l'argomento preso a disamina, Gradenigo fa seguire una minuta trattazione della tubercolosi della tonsilla faringea, vagliandone tutte le note cliniche, anatomiche e batteriologiche, ed afferma che non si può dare ancora una risposta precisa circa la relativa frequenza dei casi di tubercolosi primaria, in paragone di quelli di tubercolosi secondaria della tonsilla faringea ipertrofica. Un solo fatto è finora bene accertato, cioè che l'ordinaria forma dell' ipertrofia della tonsilla faringea è indipendente dalla tubercolosi, la quale, per fortuna, occorre molto più di rado della semplice ipertrofia, e può riscontrarsi sia nella tonsilla faringea ipertrofica, sia in quella di volume normale.

La sintomatologia dell' affezione è trattata con diligenza e lusso di

particolari. Fra i sintomi, che possono essere prodotti dall' ipertrofia della tonsilla faringea, egli distingue i seguenti: 1) quelli dipendenti da insufficiente ossigenazione dell' aria inalata, respirando per la bocca (anossiemia, o meglio ipoessiemia); 2) quelli dovuti all' insufficiente volume dell'aria inspirata per la bocca; 3) i sintomi prodotti dalla natura stimolante dell'aria inspirara per la bocca; 4) sintomi locali per insufficiente attività funzionale del naso; 5) quelli da disturbata funzione del nasofaringe (sintomi auricolari); 6) sintomi prodotti da accresciuto aumento e ristagno del secreto naso-faringeo; 7) sintomi speciali che stanno in nesso con la deficiente funzione dell' apparecchio vocale; 8) disturbi di carattere prevalentemente riflesso. Alla disamina particolareggiata di questa sindrome fenomenica l'A. fa seguire un' accurata descrizione dei metodi diagnostici (rinoscopia anteriore, rinoscopia posteriore, autoscopia diretta del rinofaringe, esame con la palpazione, ecc.). In ultimo parla della terapia, che egli divide in generale e locale. Il trattamento generale deve tendere a migliorare lo stato generale di questi infermi, che d' ordinario sono linfatici (quindi bagni di mare, applicazioni idroterapiche rispondenti alle condizioni del caso singolo, ginnastica respiratoria, buona igiene, congrua alimentazione, vita all'aperto, ecc.). La cura locale ha per obbiettivo la distruzione delle vegetazioni adenoidi, la quale può essere attuata in modo radicale e definitivo con l'operazione, giacchè i processi incruenti, adoperati per raggiungere lo stesso scopo —causticazioni con sostanze chimiche o col galvanocauterio — non rispondono completamente all' obbiettivo che si vuole raggiungere. Circa i metodi cruenti, l'A. non riguarda come razionali quelli che non danno un risultato completo in una sola seduta. Fra questi annovera l'asportazione della tonsilla faringea ipertrofica con le unghie delle dita o col dito armato di un istrumento metallico. Egli li battezza come metodi antichirurgici, poco scientifici ed anche più pericolosi dei metodi istrumentali, dei quali dà una minuta e precisa descrizione.

In complesso: una monografia che onora l'illustre professore di Torino, e la quale sarà letta e studiata con grande profitto dagli specialisti italiani non meno che da quelli esteri.

V. MEYER

LAKE dott. R. — *Tisi laringea* (*Laryngeal Phthisis*).

Questa recente pubblicazione (1901), della quale teniamo ad informare i lettori, se non colma una lacuna, ha il pregio di compendiare (nel modo come gl'Inglesi sanno a preferenza) le dottrine e la polimorfia della tubercolosi laringea. Splendide tavole a colori completano la bellezza della edizione, nella quale ha profuso il lusso a larghe mani la solerte Compagnia REBMAN di Londra, abbastanza nota in Italia eziandio.

E' un lavoro non solo espositivo (storico), ma critico; informato, però, a quella serietà inglese, che lo rende di facile assimilazione, ed arricchito da osservazioni personali, con epicrisi spassionata.

All'occorrenza, il dott. LAKE ha messo in opera la cura chirurgica, e fra le cose che scrive, particolare menzione merita il successo che vanta nell'asportazione totale dell'epiglottide, con l'ansa candente, per combattere la disfagia.

La monografia (che raccomandiamo vivamente ai colleghi) termina con una lista di casi curati ed un formulario dei vari rimedi adoperati per polverizzazione, per toccamenti diretti, insufflazioni ed iniezioni endo-tracheali.

MASSEI

BOKAY prof. J. — *Sul trauma da intubazione* (*Ueber das Intubationstrauma*).

La letteratura laringologica relativa all'intubazione col metodo di O' Dwyer, dice l'A., ha raggiunto un grado imponente. Nelle centinaia di pubblicazioni oggi esistenti sopra quest'argomento, sono state prese in considerazione tutte le fasi della tecnica dell'intubazione, sicchè a prima giunta potrebbe sembrare come se nulla più vi fosse da dire. Eppure, proprio il punto più delicato dell'operazione, cioè la questione relativa al trauma da intubazione, è stata appena sfiorata. Se se ne eccettui ciò che fu accennato, su tale riguardo, nella splendida conferenza che O' Dwyer tenne nel 1897, davanti alla Società dei pediatri americani, e l'eccellente articolo di Variot, dal titolo « *Laryngites traumatiques consècutives au tubage* », ed alcune osservazioni di Glover, di Baudrand, della dottoressa Schultz nonchè di Trumpp, ben poco di notevole vi è sul proposito nella letteratura laringologica e pediatrica.

L'A. fin dal 1890 si è occupato, in modo speciale, della intubazione, convinto della entità eccezionale di questa pratica, la quale, iniziata da Bouchut, è stata poi perfezionata e completata da O' Dwyer, che ha realizzato la profezia fatta da Malgaigne cinquant'anni or sono, ed espressa con la seguente geniale domanda: « *Qui sait, si le tubage ne sera pas un jour pour le croup ce que la lithotritie est devenue, après des difficultés inouies, pour les pierres de la vessie?* ». Durante questo decennio sono state praticate, nell'ospedale che egli dirige, *più di 1200 intubazioni*, e fin dal principio egli rivolse la sua attenzione sul trauma che ne poteva seguire. Avendo raccolto una larga messe di fatti, ha creduto opportuno coordinarli ed esporli in una monografia, nella quale, sul fondamento delle osservazioni personali e di altri, sviscera profondamente quest'argomento, esaminando con accuratezza, in speciali capitoli, il trauma:

1) *nella introduzione del tubo,*

2) *mentre il tubo è in sito,*

3) *nell'estubazione.*

Indi, a mo' di appendice, tratta della *raucedine come conseguenza della intubazione.*

Dà poi termine alla monografia, esaminando :

4) le *stenosi e le occlusioni cicatriziali laringee, che seguono alla intubazione.*

1) Il trauma, durante la manovra della intubazione, può essere costituito da: *a*) *escoriazioni della mucosa*, oppure b) *dalla formazione di false strade.* A ciò bisogna aggiungere—dice l'A. — «che Massei, l'illustre laringologo di Napoli, menziona pure la possibilità della frattura della cartilagine cricoide durante la introduzione del tubo ».

Le escoriazioni della mucosa, in conseguenza dell'azione traumatica, sono quasi sempre lievissime (O' Dwyer, Jacques, Gillet, Valdemar, Damm e Variot), e ben di rado hanno una entità pratica. Soltanto allorchè si è costretti a ripetere spesso la intubazione, e codesta lesione si ripete di frequente, può accadere che la mucosa vestibolare e perivestibolare—che nella difteria laringea trovansi già in condizioni patologiche — possano risentirne alterazioni profonde (laringite traumatica acuta). Codeste lesioni profonde possono originarsi segnatamente quando la introduzione del tubo è resa difficile da forte tumefazione sottoglottica, oppure da pseudomembrane molto spesse (Abarnon, Nes). E qui l' A. menziona che Massei vide insorgere una profusa emorragia, immediatamente dopo l'intubazione, in un caso nel quale egli col tubo ruppe un ascesso laringeo. Un caso simile è riferito da Lebreton.

Quanto alla formazione delle *false strade*, questo accidente è stato già descritto da Riss, Bensaude, Heymann, Variot ed altri. All' A. sopra 1203 casi quest'incidente è occorso 5 volte (0,41 %). Variot e sopratutto Heymann hanno descritto accuratamente la *sintomatologia* e la *diagnosi* di queste false strade. Il sintoma principale è costituito da che la respirazione, dopo l' introduzione del tubo, non diviene libera, ma rimane sospesa dopo breve tempo. Il dito spinto nell'adytus laryngis constata che il tubo sta in posizione obliqua. Se si ritira il tubo dopo fatta la falsa strada, può verificarsi una profusa emorragia, o per lo meno possono aversi espettorati sanguinolenti; e già alcune ore dopo la rimozione del tubo, apparisce nelle adiacenze della falsa strada un forte enfisema nel connettivo. Qui menzioneremo pure che Variot ha constatato che la infiammazione talvolta attacca subito i tessuti limitrofi alla falsa strada, e può formarsi in breve tempo un ascesso perilaringeo. Inoltre, può svilupparsi pure una pericondrite tiroidea e cricoidea, nel qual caso la suppurazione al di sotto del pericondrio provoca, eventualmente, la piemia. La prognosi della falsa strada per lo più è infausta. Nel solo caso in cui essa sia lievissima, la reazione flogistica può essere insignificante, e non sempre conduce allora alla suppurazione del connettivo, oppure alla pericondrite.

Quando la falsa strada è molto accentuata, la guarigione è possibile soltanto con la tracheotomia secondaria.

Relativamente alla sintomatologia delle escoriazioni della mucosa, può dirsi che la diagnosi è possibile unicamente con l'esame laringoscopico.

Circa la *profilassi* di queste lesioni traumatiche, l' A. dice, che essa, come fu già rilevato da O' Dwyer, Waxham, Dillon Brown e da altri eminenti intubatori, è costituita unicamente da una *perfetta conoscenza della tecnica della intubazione*. Nulla vi è di più erroneo quanto il credere che l' introduzione del tubo nella laringe di una persona sana, e soprattutto in quella di un bambino con stenosi laringea, sia facilmente attuabile. Fa d'uopo apprendere a piazzare bene l'infermo, che deve essere intubato, il che naturalmente varia secondo che esso sia un adulto oppure un bambino; bisogna essere molto esperti ed oculati nella scelta dell' istrumento, e soprattutto del tubo. Prima dell'operazione, conviene accertare se l' intubatore funziona bene e se l' articolazione del mandrino è esatta. O' Dwyer ha fatto rilevare la necessità che l'apertura inferiore del tubo venga chiusa ermeticamente dall' estremità dell'otturatore, giacchè in caso opposto, mentre il tubo attraversa la glottide ristretta, può essere prodotta una lesione dei tessuti. Va da sè che gl' istrumenti debbono essere bene sterilizzati. Prima della intubazione, è opportuno lavare la cavità boccale con un antisettico qualsiasi, ed all' uopo l'A. preferisce una soluzione di acido borico al 4 $^0|_0$. Il Rosenthal, prima dell'intubazione, fa una polverizzazione con perossido di idrogeno al 30 $^0|_0$, ed afferma che la schiuma, prodotta in questo modo, rende il tubo molto scorrevole, onde esso scivola presto nella laringe, il che agevola essenzialmente il processo di intubazione. Prima di introdurre il tubo, è necessario sentire bene, con la palpazione, la laringe, i ligamenti ariepiglottici, la cartilagine aritenoidea e l'epiglottide; e questa deve essere attirata verso la base della lingua, perchè, se non è ben fissata, può facilmente accadere che l'estremità del tubo pervenga nei ligamenti ariepiglottici, e li perfori. In fine: non si dimentichi il precetto fondamentale, che il cateterismo laringeo va fatto con la stessa delicatezza del cateterismo uretrale. I principianti, come pure quelli che non padroneggiano la rispettiva tecnica, si spaventano al cospetto dell' infermo cianotico e minacciato da asfissia; si affrettano ad introdurre il tubo, perdono il sangue freddo, spingono fortemente il mandrino ed il tubo; e così si perfora la mucosa laringea e si fanno le false strade.

2) Nel secondo capitolo, l' A. prende in esame il trauma che può verificarsi mentre il tubo è applicato in sito. In fondo: trattasi delle ulcerazioni da decubito delle vie aeree superiori, che si producono mentre dura la intubazione. Com'è noto, la causa principale per cui il *tubage* di Bouchut nel 1888 non trovò eco favorevole nella pratica e fu abbandonato, è appunto la frequente comparsa di queste ulcerazioni. E quando O' Dwyer nel 1877 tenne la sua classica conferenza, davanti all' Accademia me-

dica di New York, sulla intubazione, gli fu fatto lo stesso appunto. Nel 1888, al Congresso chirurgico di Berlino, il Thiersch nel riferire i 31 casi in cui aveva praticata la intubazione, dipinse con colori così foschi la insorgenza ed il pericolo delle ulcerazioni da decubito, che per qualche tempo in Germania la intubazione cadde completamente in discredito. E devesi a Ranke, Ganghofner, Widerhofer ed altri, i quali combattettero a spada tratta il giudizio pessimista di Thiersch, se essa fu ivi di nuovo accettata dai laringologi e dai pediatri.

L'A. afferma che sui 1203 bambini difterici, nei quali ha eseguita l'intubazione, le ulcerazioni da decubito si verificarono in circa il 13 % dei casi, e propriamente si produssero quasi sempre alla parete anteriore della laringe o della trachea, rarissimamente su quella posteriore. Sul fondamento delle osservazioni proprie e di quelle degli altri autori, Bokay ritiene che non poco si sia esagerato in riguardo alla frequenza ed al pericolo di queste ulcerazioni. Egli opina che quelle le quali appariscono nella regione corrispondente alla cartilagine tiroide, sieno dovute parte al trauma, parte al processo difterico, giacchè talvolta si manifestano anche quando non si fa la intubazione. Quanto a quelle che appariscono nella regione della cartilagine cricoide, la loro genesi non è dovuta al trauma da intubazione, come Variot e Glover hanno dimostrato sperimentalmente. Inoltre la statistica dimostra che *soltanto in una parte* dei casi la comparsa e la gravezza delle ulcerazioni da decubito sta in rapporto diretto con la durata della intubazione; onde si può desumere che oltre a quest'ultima, vi debbono essere taluni fattori predisponenti, che influiscono sulla comparsa delle medesime. Secondo l'A. questi fattori sarebbero: l'*età dell' infermo*, 2) *la qualità del tubo*, e 3) *la malattia fondamentale*, e quindi il *processo difterico*, oppure le malattie infettive acute che eventualmente complicano lo stesso processo difterico. In fatti, il maggior numero delle ulcerazioni da decubito si ha negl'infermi di 1-2 anni. La « qualità » del tubo influisce anch' essa non poco. O' Dwyer ha richiamato spessissimo l' attenzione degli autori sul fatto, che spesso queste ulcerazioni sono dovute all'uso di cattivi tubi (*bad tubes*); e sul riguardo egli ha fatto pure rilevare, che da quando adopera i tubi di ebanite, ha constatato una diminuzione nella loro proporzione percentuale. In fine, è certo che l'affezione difterica ne favorisce lo sviluppo. E, per vero, l'osservazione quotidiana insegna che la mucosa sana tollera il tubo per lungo tempo, senza alcun pericolo e senza alcuna complicazione molesta. Inoltre, si ha tuttodì occasione di rilevare che le ulcerazioni da decubito produconsi più facilmente nei casi in cui, con la difteria laringea, coesistono il morbillo oppure la scarlattina, ovvero quando la difteria laringea si complica a processi costituzionali (tubercolosi), che indeboliscono l' attività cardiaca.

Circa la sintomatologia di queste ulcerazioni, è da rilevare che quelle leggiere sfuggono quasi completamente alla nostra osservazione, perchè non

presentano sintomi caratteristici. Ma quando sono gravi, specialmente se hanno sede nella laringe, il sintomo principale è costituito dalla difficoltà della estubazione. Inoltre, il bambino è molestato da una tosse frequente e penosa, l'espettorato può essere un poco fetido e striato di sangue fresco. La laringe, o la rispettiva parte della trachea, è più o meno sensibile alla pressione, ed il tubo, se fu adoperato quello metallico, presenta una o molte macchie nere (costituite dal solfuro) nel punto o nei punti, dove stette a contatto con l'ulcerazione. In alcuni rari casi, fu constatata pure la comparsa di un enfisema sottocutaneo, il quale stava in rapporto con la macerazione della parete tracheale anteriore.—Quanto alla prognosi, essa è favorevole nei casi di ulcere superficiali; ma, anche quelle gravi possono talvolta guarire senza conseguenze nocive (stenosi, occlusione cicatriziale). Va da sè che in questi casi devesi praticare la tracheotomia, subito dopo stabilita la diagnosi. La profilassi delle ulcerazioni da decubito è riassunta dall'A. come segue: *a*) uso di tubi di ebanite ben modellati ed esattamente graduati, da introdursi a regola di arte, e *b*) abbreviare, quanto più è possibile, la durata della intubazione, mediante il trattamento col siero antidifterico.

Relativamente allo stadio del crup laringeo in cui bisogna praticare la intubazione, l'A. è fermamente convinto che questa operazione deve essere eseguita solo quando la stenosi laringea è divenuta permanente, ed ha raggiunto tale grado, che il bambino lotta con la incipiente soffocazione. Quanto alla intubazione intermittente (*tubage intermittent*) dei pediatri francesi, che avrebbe precipuamente l' obbiettivo di scongiurare la comparsa di codeste ulcerazioni, Bokay crede che possa essere utile nei casi più o meno leggieri, ma che sia assolutamente controindicata quando la dispnea esiste da lungo tempo e lo stato delle forze del bambino è esaurito, come pure allorchè, dopo la estubazione, è necessario reintubare subito per la rapida ricomparsa della stenosi.

3. Nel terzo capitolo l'A. tratta della *estubazione*, e fa rilevare che, in qualunque modo la si pratichi, ben di rado determina una lesione traumatica apprezzabile delle vie aeree superiori. Ciò premesso, prende a disamina la estrazione istrumentale come, per lo passato, si usava (e propriamente con l' antico estubatore di O' Dwyer), la estubazione col *filo*, l'*espressione*, e rispettivamente l' *enucleazione* (metodo di Bayeux). Indi istituisce un paragone critico fra i vantaggi della estubazione col filo (che è eseguita precipuamente dagli intubatori americani e francesi e quelli della estubazione manuale ed istrumentale). Asserisce che, per parte sua, ha sempre adoperato la prima, con la quale non vi è mai a temere che possa verificarsi un trauma laringeo, tranne il caso in cui la forte tumefazione infiammatoria della laringe copra parzialmente il colletto del tubo, nel qual caso l'estrazione col filo provocherebbe una lesione delle parti infiammate. Quanto agli appunti rivolti a questa specie di estubazione da Fer-

roud, Tsakiris, Galatti, Pèrez Avendano e Sargnon, cioè che con essa potrebbero verificarsi erosioni e piccole ulcerazioni sull'epiglottide, sull'ugola, sulla base della lingua ed all'angolo della bocca, l'A. afferma che egli, pur riconoscendo la possibilità di tal cosa, crede—in base ad una vasta osservazione personale — che soltanto eccezionalmente possano verificarsi. Circa la estubazione manuale, Bokay dice che, quantunque i medici francesi, che ne sono oltremodo entusiasti, la proclamino come assolutamente innocua, egli, pur riconoscendo che in fondo non si può rivolgerle alcun appunto, crede però che in qualche caso possa riuscire nociva. Ed al riguardo cita un'osservazione di Loewy, il quale ha fatto rilevare che con l' estubazione manuale vi è da temere che, premendo l' estremità inferiore del tubo contro la parete tracheale anteriore, possa essere lesa, sia pure leggermente, la mucosa, il che favorirebbe la produzione delle ulcerazioni da decubito, che hanno una predilezione per questa sede. Anche Trumpp ed altri ritengono controindicata l'*espressione* quando vi è qual che ulcera da decubito. Quanto alla estubazione istrumentale, molti laringologi dichiarano concordemente che può arrecare gravi disturbi soprat tutto quando le branche dell'estrattore pervengono fra il tubo e la parete laringea (formazione di false strade).

Poco vi è a dire sulla sintomatologia e sulla diagnosi delle lesioni che talvolta si verificano nella estubazione. Allorchè esse sono intense, cagionano una emorragia profusa, cui seguono ben presto infiammazione e tumefazione flogistica, il che rende necessaria la reintubazione. Se il trauma condusse alla formazione di una falsa strada, oppure alla lacerazione delle corde vocali, può essere necessaria la tracheotomia secondaria. Tranne i casi in cui la lesione è molto diffusa e condusse alla formazione di false strade, oppure alla distruzione delle corde vocali, la prognosi dei traumi da estubazione è favorevole. Secondo Bokay, Ganghofner ed altri, la migliore profilassi è la estubazione col filo, la quale può essere attuata rapidamente, senza pericolo, da qualsiasi persona ed in ogni tempo, onde Moizard a definì *une securité précieuse.*

Secondo il concorde giudizio di tutti gl'intubatori, quasi sempre all'estubazione segue raucedine. Qual'è la causa di questa raucedine? Sta essa in nesso diretto con la intubazione? Com'è agevole comprendere, per rispondere con precisione a questa domanda, ne sono state accampate anche altre due, cioè: il numero delle intubazioni è in rapporto proporzionale con la comparsa, e rispettivamente con la intensità della raucedine? La durata della intubazione è in rapporto con la intensità della raucedine?

Sventuratamente, a tutte queste domande non è possibile dare, per ora, una risposta precisa, e ciò spiega la grande discrepanza nei concetti espressi finora dagli autori. Tutt'al più, può dirsi che Carstens in alcune indagini ha accertato con esattezza che non vi è alcun rapporto fra la durata della intubazione e quella della raucedine. Bokay crede, che parecchi

fattori concorrano a produrre la raucedine, e tra l'altro la immobilità a cui sono sottoposte per lungo tempo le corde vocali col rispettivo disturbo funzionale delle articolazioni della laringe, nonchè la esagerata tensione delle corde vocali per la violenta dilatazione della glottide (Wakerle), ed eventualmente le alterazioni anatomiche che ne risultano. Inoltre, bisogna pure tener presente che, come fu dimostrato dalle antiche osservazioni cliniche, alla genesi della raucedine partecipano pure la essudazione della fibrina nei casi di difteria acuta, e la paralisi post-difterica che qualche volta segue all'infezione difterica. Onde Bokay condivide pienamente il parere di Hugues, il quale si espresse come segue: « è probabile che parecchie cause concorrano a determinare la raucedine post-estubatoria. Ma se il tubo è la causa occasionale della disfonia, la malattia fondamentale (cioè la difteria) sembra esserne la causa efficiente. La variabilità nella durata della raucedine dinoterebbe la variabilità nella durata di queste condizioni ».

4) In ultimo l'A. esamina due accidenti che—per fortuna—di rado verificansi dopo l'intubazione: la *stenosi* e le *aderenze cicatriziali della laringe*. Appunto la rarità di questi accidenti spiega perchè finora essi sieno stati oggetti di studio soltanto da parte di pochi (O' Dwyer, Galatti, Boulay, Variot e Glover, Bayeux, Baudrand, Heyman e Trumpp).

Le stenosi e le aderenze cicatriziali della laringe stanno in nesso genetico diretto con le gravi ulcerazioni da decubito, che talvolta seguono alla intubazione. Poichè nei casi, finora descritti, la stenosi cicatriziale esisteva soltanto nella regione sottoglottica, si può affermare recisamente che questi restringimenti sono provocati appunto da quelle profonde ulcerazioni che appariscono a livello della cartilagine cricoide.

Le ulcerazioni gravi, profonde e molto diffuse si verificano il più di frequente — ma non sempre—dopo che il tubo è stato applicato per lungo tempo; eppure, la lunga durata della intubazione non sempre le cagiona. Appunto in base a questa osservazione Bokay nella conferenza tenuta a Luebeck (1896) qualificò come erroneo il concetto propugnato da alcuni intubatori europei (Widerhofer, Ranke, Escherich, Heubner ed altri), cioè che bisogna praticare la tracheotomia quando, essendo stato il tubo in laringe per 120 ore, non si possa procedere alla estubazione definitiva. Secondo Bokay non è possibile fissare rutinariamente, per tutti i casi, il momento in cui devesi ricorrere alla tracheotomia secondaria.

La sintomatologia delle stenosi e delle aderenze cicatriziali della laringe non presenta affatto grandi difficoltà In questi casi aumenta nuovamente la difficoltà della respirazione; la introduzione del tubo è più o meno impedita, ovvero è del tutto impossibile. Se fu fatta la tracheotomia secondaria, si constata che, allontanando la cannula, insorge una grave dispnea. Quando si può eseguire l' esame laringoscopico, la diagnosi è facilissima, e si può allora escludere, a colpo d'occhio, la esistenza di quei processi patologici, la cui sindrome fenomenica presenta qualche analogia con quella

della stenosi e delle aderenze cicatriziali della laringe (tumore di granulazione, laringite ipertrofica sottoglottica, paralisi degli adduttori).

La prognosi delle stenosi cicatriziali laringee che lasciano una via pervia, le quali si verificano in seguito alla intubazione, può dirsi favorevole, soprattutto allorchè furono diagnosticate a tempo e curate adeguatamente. Ma, se queste stenosi sono impervie, la prognosi è abbastanza fosca. La maggior parte di questi infermi soccombe—durante la lunga cura—a *malattie intercorrenti* (pulmonite, ecc.), le quali sogliono durare mesi interi. Quelli che rimangono in vita, sono costretti a portare per sempre la cannula: divengono cioè, per dirla con l'espressione francese, veri *canulards*.

È possibile impedire lo sviluppo della stenosi cicatriziale? Bokay n'è pienamente convinto, purchè si attui il processo da lui escogitato, in tutti quei casi nei quali, per vaste ulcerazioni, fu subito praticata la tracheotomia secondaria. Questo processo consiste in ciò: sin da una settimana dopo la tracheotomia, egli pratica, e ripete a brevi intervalli, sondaggi esplorativi col tubo di O'Dwyer, e non sì tosto constata un accenno di stenosi cicatriziale, allontana al più presto la cannula, per praticare la intubazione secondaria. L'A. ritiene come più che probabile, che, appunto per aver seguito scrupolosamente questo processo devesi, se sopra un materiale clinico di più di 1200 casi, una sola volta, in cui fu trascurata la testè cennata misura di precauzione, si verificò una stenosi cicatriziale della laringe.

Il trattamento chirurgico delle occlusioni cicatriziali della laringe ha dato finora risultamenti non molto soddisfacenti. In tutti questi casi, sono assolutamente necessarie, come operazioni preliminari, la laringofissione e la recisione della cicatrice. A queste operazioni preliminari si possono far seguire: *a*) l'intubazione metodica con gli ordinari tubi di O'Dwyer; *b*) la dilatazione con i tubi o le candelette di Schroetter (le candelette possono essere introdotte per la via bucco-laringea oppure in direzione retrograda); *c*) il trapiantamento alla Thiersch (previa recisione della cicatrice) per coprire la perdita di epitelio della mucosa; *d*) la resezione completa della parte cicatriziale delle vie aeree e consecutiva riunione, mediante sutura, delle residuali parti della laringe e della trachea. Di tutti questi processi, l' A. raccomanda, in prima linea, la intubazione metodica; quantunque riconosca che — dal punto di vista scientifico—il trapiantamento e la resezione meritino la preferenza. Inoltre è da tener presente che, quando la intubazione metodica non dà alcun risultamento favorevole, si può sempre ricorrere al trapiantamento; e, nei casi più ostinati, resta sempre la resezione come *ultimum refugium*.

BALTAR dott. A.—*Moneta incuneata nell'esofago. Nuevo mezzo per estrarla* (*Moneda enclavada en el esófago. Nuevo medio para extraerla*).

Consiste in un filo di ferro o di altro metallo, di un millimetro di spessore, la cui lunghezza deve superare il doppio di quella che passa fra l' arcata

dentaria ed il cardia. Lo si ripiega nel mezzo, formandone una lunga forcina, le cui branche distano quasi un centimetro; indi si attorcigliano entrambe a spirale in tutta la loro lunghezza, a partire da circa tre centimetri dell'estremità smussa. Si raddoppia questa estremità a mo' di fermaglio; si ha così un gancio, che non può ledere la mucosa sulla quale deve scorrere. Nel momento di fare funzionare questo istrumento, lo si incurva leggermente, in modo che la concavità corrisponda al gancio e, all' occorrenza, si può adattare l' altro estremo ad un manico di laringoscopio per facilitarne il maneggio.

La semplicità di quest'istrumento permette di improvvisarlo in qualsiasi caso, quando non si disponga di istrumenti adeguati, come pure quando, avendoli, non se ne ottenga il risultamento che si vuole conseguire.

(*Archivos Latinos de Rinologia, Laringologia, Otologia*, 1901)

V. Meyer

Lermoyez e Castex — *Atti della Sezione di Laringologia, Rinologia e di quella Otologica al XIII Congresso Internazionale di Medicina. Parigi, 1900.*.

Questo libro, che ci è stato cortesemente inviato, contiene tutte le interessanti relazioni, comunicazioni e presentazioni d'istrumenti che vi furono fatte, e le relative discussioni alle quali diedero luogo.

Esso forma un grosso e nitido volume di circa 400 pagine, in 8° grande, con figure intercalate nel testo, pubblicato per cura dei professori Lermoyez e Castex, segretari delle rispettive sezioni di Laringologia, Rinologia e d'Otologia, ed è stato stampato dalla solerte casa editrice **Masson** e C° di Parigi (120, boulevard Saint Germain).

La riunione delle due sezioni, come è noto, ebbe luogo separatamente dal 2 al 9 agosto, e vi presero parte quasi tutti gli specialisti francesi, nonchè i principali cultori di quasi tutte le nazioni civili, portando ciascuno il contributo del suo sapere.

Avendo i nostri *Archivii* già riportato nel fasc. 4. ottobre 1900, un *Resoconto* per quanto sommario, altrettanto completo della Sezione di Laringologia e Rinologia, che è quella che corrisponde all'indole del giornale, crediamo ora superfluo di scendere in maggiori particolari; tuttavia, il fin qua detto basterà ad invogliare i nostri lettori a leggere questo nuovo Resoconto, che al certo è più minuto e completo dell' altro, per quanto sia anche scevro di tutto quello che potrebbe sembrare superfluo, come discorsi d'inaugurazione o di chiusura ecc., senza dire che anche i cultori dell' otoiatria vi troveranno svolti e discussi gli argomenti più interessanti della loro specialità.

Un doppio indice, uno degli argomenti trattati e l'altro degli autori, è posto alla fine di ogni rendiconto di Sezione, per semplificare la lettura del libro, o per agevolare una ricerca; di che bisogna anche dare la debita lode alla casa **Masson**. Trifiletti.

VARIA

Nella riunione di aprile u. s. il Consiglio Superiore di P. Istruzione, confermando il voto favorevole della R. Università di Napoli, accordava la libera docenza con effetti legali in Laringojatria, per titoli, al dottore **Giulio Martuscelli**, Preparatore nel nostro Istituto di Laringoiatria. — Augurii e rallegramenti al laborioso professore.

***

Il prof. **Massei**, direttore di questi *Archivi*, nella tornata del 3 maggio u. s., veniva nominato *Socio corrispondente della società laringologica Berlinese.*

***

Un assai lusinghiero invito riceveva il prof. Massei dal dott. Ferguson, presidente dell'Associazione medica Britannica, per prender parte alla riunione annuale che avrà luogo dal 30 luglio al 2 agosto a Cheltenham, nella qualità di *Rappresentante italiano per le malattie di gola.* La sezione di *otologia* e *laringologia* sarà presieduta dal dott. Mark Howell di Edimburgo, ed i temi messi all'ordine del giorno sono 2, cioè:

α Cura dell'ostruzione nasale di origine intra-nasale oltre quella per mixomi (relatori: Marsch, Brown Kelly, Parker);

2) Cura locale della tubercolosi laringea (relatori Middelmass, Hunt, Barclay Baron e R. Lake).

Numerose ed importanti comunicazioni sono state già annunziate, le quali fanno ottimamente presagire della riuscita.

Ed un altro invito, non meno lusinghiero, riceveva lo stesso prof. Massei, per prender parte, nella qualità di *Vice-Presidente onorario*, al Congresso Britannico contro la tubercolosi, che avrà luogo a Londra, dal 22 al 26 luglio corrente.

Ragioni di salute gli hanno vietato di tenere così onorevoli mandati.

***

Ci son pervenuti, e ci premuriamo a farli conoscere al pubblico, gli *Atti del 2° Congresso Spagnuolo di Oto-rino-laringologia*, tenuto in Barcellona dal 19 al 22 settembre 1899. E' un bello e grosso volume, dai

nitidi tipi, di circa 300 pagine, in-8° grande, la maggior parte delle quali contiene il lavoro scientifico e veramente utile del Congresso. Molto per le lunghe noi andremmo se volessimo solamente dare una idea sommaria di questo libro, senza dire che una buona parte di esso ha già visto la luce anche in altri periodici scientifici; ed è perciò che ci contenteremo di dire soltanto questo: che al *2° Congresso Spagnuolo di Oto-rino-laringologia* il concorso degli specialisti nazionali è stato largo ed autorevole; che in esso sono stati trattati e discussi in due *Sezioni* separate, una di *Otologia* e l'altra di *Rino-laringologia*, gli argomenti più varii e più importanti che possano interessare le relative specialità; e che l'esito di questa riunione è stato il più felice e lusinghiero, non solo per gli specialisti spagnuoli, ma ancora per la madre patria, che usciva allora da un momento difficile della sua vita politica.

***

Un manuale, che certamente sarà nelle mani di pareocchi, è il: *Prontuario di propedeutica sanitaria* che ha recentemente pubblicato il dottor Salvatore Marano, di Salerno.

Destinato agli ufficiali sanitari, ai veterinarii e vigili comunali, il libro si propone di facilitare l'esercizio della carica di ufficiale sanitario comunale, e perciò si occupa, in modo piano e diremmo elementare, del come eseguire gli obblighi e le disposizioni relative ai disimpegni ai quali è chiamato l'ufficiale sanitario.

La nota competenza dell'autore e la esposizione, che è concisa e piacevole, ci fanno presagire una vasta diffusione del manuale, che è edito per cura dei fratelli **Jovane** di Salerno, e corredato di illustrazioni intercalate nel testo nonchè di tavole a colori.

***

Vista l'importanza dell'argomento, riportiamo integralmente la discussione che ha avuto luogo, il 14 marzo u. s., in seno alla Società Oto-Laringologica ungherese, intorno alla **laringite sottomucosa infettiva acuta.**

Onodi —Nella conferenza sulla laringite sottomucosa infettiva acuta, esamina lo sviluppo della questione nei suoi punti più importanti, e ne riferisce tre casi. Uno concerne un vecchio settuagenario, padre di un collega. Febbre alta, stenosi, fortissima tumefazione rosso-scura dell' epiglottide, che ostruiva l' adytus laryngis ed accresceva talmente la dispnea, che fu proposta la tracheotomia, cui la famiglia non acconsentì, attesa l' età e lo stato delle forze dell' infermo. Quand' ecco, inopinatamente, la tumefazione incominciò a diminuire, il pericolo della soffocazione scomparve, la

dispnea e la disfagia si alternarono lentamente, quando apparve una erisipela della faccia, la quale ebbe un decorso benigno.

Nel secondo caso trattavasi di un uomo a 40 anni, che stette per due mesi nell'ospedale. Due settimane prima della sua ricezione in clinica, apparvero disturbi della deglutizione, febbre e dispnea, nonchè intercorrenti accessi di soffocazione. Allorchè quest'infermo fu accolto in clinica, vi erano disfagia, dispnea, alito fetido e febbre di mediocre intensità (quest'ultima sparve dopo due giorni). La faringe era arrossita, vi era forte gonfiore dell'epiglottide, dai cui margini di amendue i lati, come dalla faccia linguale e laringea, esso si estendeva alle aritenoidi con disfacimento membranoso, di un colore grigio sporco. Le lacinie asportate tramandavano odore nauseabondo ed erano costituite da tessuto necrotico, disseminato di microrganismi. Le culture e gli esperimenti sugli animali fecero rilevare che il diplostreptococco di Fränkel aveva spiegato un' azione patogena. Fu fatta una energica cura antiflogistica, furono praticate pennellazioni di sublimato, insufflazioni con polvere di acido borico e di jodolo, e si ottenne la guarigione. La disfagia, la dispnea e l'alito fetido si dissiparono; l'alterazione della cartilagine aritenoide sparve senza che si fosse prodotto un disfacimento, ma in due parti dell' epiglottide si ebbero perdite di sostanza, che si constatarono anche dopo due anni: a destra si vedeva una linea cicatriziale lunga 4 mm, a sinistra 2 mm.—Il terzo caso concerne un uomo di 22 anni, che al terzo giorno della malattia fu condotto, dal suo medico, nell'ospedale. Apparvero repentinamente disturbi della deglutizione e febbre; non poteva ingoiare nulla. Al momento della ricezione in clinica, l' alito era fetido, la faringe arrossita, l' epiglottide di color rosso-scuro, fortemente tumefatta; la faccia linguale della metà sinistra dell' epiglottide mostrava un punto necrotico grigio-sporco, la laringe era arrossita, la dispnea minima. L'esame batteriologico fece rilevare lo stafilococco piogene aureo in cultura pura. Con la terapia, seguita come nel caso testè riferito, si ebbe la guarigione in dodici giorni.

Onodi crede che tanto la erisipela laringea primaria quanto i flemmoni sieno dovuti ad un solo fattore etiologico. Opina pure che, nelle forme primarie, i batteri patogeni possano essere costituiti non soltanto dallo streptococco piogene, ma altresì — come rilevò in due casi — dal diplostreptococco lanceolato e dallo stafilococco piogene aureo. Egli comprende tutti i rispettivi quadri nosologici in una sola denominazione: laringite sottomucosa infettiva acuta. Però, dal punto di vista della pratica, egli raccomanda l'aggiunta di alcuni epiteti, coi quali si designa e precisa meglio l'intima essenza dei quadri clinici e del loro decorso, sicchè alla denominazione testè indicata si potrebbero aggiungere le parole: erisipelatosa, flemmonosa e necrotica. Secondo lui, questi epiteti lasciano impregiudicata la questione relativa al comune fattore etiologico della malattia, in quanto che

esprimono — il che è importante dal punto di vista della pratica—le innegabili differenze nel quadro clinico e nel decorso.

Nella *discussione* che seguì, Zwillinger disse: che si era occupato della questione relativa alla laringite sottomucosa infettiva acuta e del suo rapporto con l'erisipela primaria della laringe, in una conferenza della quale parlò del «*Morbo di* Senator». Nello stesso anno furono pubblicate le classiche ricerche di Kuttner, che descrisse ed analizzò minutamente i casi da lui osservati. Sin da allora Massei potette — fondandosi maggiormente sul decorso clinico—stabilire una diagnosi differenziale. Il microrganismo, che provoca le due forme patologiche, è effettivamente identico. I fattori che, rispetto ad esso, cadono in considerazione sono: il suo grado di virulenza, la località dove migra, la sua diffusione nei tessuti (nella cute o nel connettivo sottomucoso), la qualità e la suscettività del terreno nutritivo , ed in fine anche il grado di resistenza dell'individuo. Per quanto affini, dal punto di vista clinico, sieno i due processi fra loro, per altrettanto fondamentalmente differenti essi sono in riguardo a decorso e prognosi. Nell'erisipela, il sintomo più saliente e più importante è la tumefazione; nel processo sottomucoso, l' infiltrazione purulenta. Dall' epoca in cui tenne la conferenza, ha avuto occasione di osservare un altro caso di laringite e di faringite sottomucosa infettiva acuta, in persona di un impiegato. Il corso della malattia — dal momento in cui apparvero i primi sintomi fino all'esito letale—ascese a 36 ore. I sintomi della setticemia dominavano nel quadro patologico; le alterazioni locali venivano in seconda linea. Dalle sue osservazioni personali egli conchiude che, nello stadio iniziale, l' affezione, anche dal punto di vista clinico, difficilmente può essere distinta dall'erisipela primaria, il che contrasta con quanto asserisce il Massei, secondo il quale basta che l'attenzione dello specialista sia diretta in questo indirizzo, per accertare la natura della malattia. L'A. ammette come esatta la distinzione in una forma flemmonosa ed in una erisipelatosa; però non accetta la forma necrotica, come un'altra subclassifica.

Onodi dichiara che non conosceva la pubblicazione di Zwillinger. Egli riguarda la laringite sottomucosa infettiva acuta come prodotta da un solo fattore patogeno, e soltanto per opportunità clinica fa una distinzione in flemmonosa, erisipelatosa e necrotica.

Zwillinger riconosce esatta la distinzione delle due prime sottodivisioni, perchè la necrobiosi, come conseguenza dei cennati processi ,ordinariamente ha una importanza talmente accessoria, che dal punto di vista clinico non è giustificato stabilire un quadro patologico a parte. Ammette la esistenza di una laringite necrotica, ma di altra natura.

Baumgarten crede parimenti che l'agente patogeno sia uno solo, e stima sufficiente la distinzione in una forma flemmonosa ed in un' altra erisipelatosa.

Onodi, in base alle osservazioni cliniche dei suoi casi, persiste nelle sue idee.

Il 4 maggio ultimo, dopo breve infermità contratta nella cura di un malato, è morto in Palermo il **Dottor Giuseppe Ficano**, libero docente in Otorino-laringologia. Ne diamo, addolorati di tanta perdita, alcuni cenni bibliografici, fornitici in parte dai parenti dell'estinto.

Egli nacque in Bagheria nel giugno del 1859, si laureò in Medicina e Chirurgia nella R. Università di Palermo nel luglio del 1884. Completato il servizio militare da medico, essendo stato prima nella Scuola militare di Firenze e poi per altro anno nello spedale militare di Palermo, si recò all'estero a studiare le nostre discipline speciali, prima a Parigi, dove fu assistente di **Chatellier**, indi a Vienna ed a Berlino. Ritornato a Palermo ebbe nel maggio 1890 la direzione di un dispensario istituito per lui nello Spedale di S. Saverio. Nel 3 giugno 1895 conseguì, per esame, la libera docenza in Oto rino-laringologia presso quella Università. Nel 1892 fu nominato socio ordinario della R. Accademia delle Scienze mediche di Palermo, e nel 1896 la Società Francese di Otologia, Laringologia e Rinologia lo elesse suo membro corrispondente.

È autore di varie pubblicazioni scientifiche, apparse in gran parte nel Bollettino delle malattie dell' orecchio ecc. di Firenze, e le altre nella Gazzetta degli Ospedali, nonchè nei Resoconti dell'Accademia delle Scienze mediche di Palermo.

Fra i lavori scientifici vanno ricordati i seguenti: « La cocaina nelle vegetazioni adenoidi naso-faringee » (*Bollettino delle Malattie dell' orecchio, della gola e del naso* 1888, pag. 163); « Un caso tipico di borsa faringea » (*Ibid.*, 1899); « Corpo estraneo nella cassa del timpano » (*Ibid.*, 1891); « Polipo fibro-mucoso della rino-faringe » (*Ibid.*, 1891); « Sanguisuga in trachea, estrazione per via naturale » (*Ibid* 1892); « Cisti mucosa della fossa nasale destra » (*Ibid.* 1893); « Fibroma della parete posteriore della faringe (*Ibid.*, 1895); « Avvelenamento per cocaina in dose non tossica » (*Ibid.*, 1896); « Sifilide terziaria della faringe » (*Gazzetta degli Ospedali*, 1885); « Angina di Ludwig ».

Fra i lavori di casistica vanno menzionati due Rendiconti del suo Dispensario (*Bollettino delle Malattie dell'orecchio* ecc. 1891 e 1892); oltre a due lavori d'insieme: sul rapporto tra gli organi genitali ed il naso (*ivi*, 1894), e sulla tonsillotomia (1896) ». In fine il **Ficano** è autore di una logica modificazione del serranodo di Blake (*Gazzetta degli Ospedali*, 1891, num. 88).

Modesto, ma laborioso, egli lascia caro ricordo di sè e non spregevole contributo alla produzione scientifica della nostra specialità, di cui fu appassionato e stimato cultore.

dieser Monatsschrift 1901, S. 61, abgegebenen Erklärung. Berlin, 1901.

—Ueber den M. Cricothyreoideus. Bemerkung zu der M. Grossmann'schen Arbeit. Berlin, 1901.

KUTTNER dott. A.—Die Resection der unteren Nasenmuschel. Berlin, 1900.

GEUTA dott. S. — Sindrome temporanea di Guller con afasia di origine traumatica. Roma, 1901.

MARANO dott. S. — Prontuario di Propedeutica Sanitaria. Salerno, 1901.

GAITO dott. F. — Tumori del naso, del cavo orale e della laringe Firenze, 1901.

BOTEY dott. R. — Estudios clinicos sobre Laringologia, Otologia y Rinologia. Barcelona, 1901.

TANTURRI dott. D.—Dieci casi di intubazione della laringe. Napoli 1901.

——

La Redazione ringrazia sentitamente i cortesi donatori.

PARTE ORIGINALE

Dispensario di Laringojatria della R. Università di Napoli
nell'Ospedale Clinico
diretto dal Prof. F. MASSEI

RENDICONTO

DEGLI

anni scolastici 1899-1900 e 1900-1901

(ANNI XIX E XX D'INSEGNAMENTO)

REDATTO

DAL PROF. A. TRIFILETTI
Coadiutore della Clinica

Questo rendiconto non riguarda che la parte statistica ed è biennale, cioè comprende gl'infermi osservati e curati durante i suddetti due anni scolastici.

Il numero degl' infermi iscritti regolarmente nei registri del dispensario da novembre 1899 a tutto giugno 1900, ascende a 1053, mentre quelli iscritti da novembre 1900 a giugno 1901 sommano a 1189; cioè si sono avuti in tutto 2242 infermi (1). Noi li considereremo riuniti.

Questi 2242 infermi possono essere ripartiti, secondo l'organo o gli organi che presentarono affetti, nelle seguenti grandi rubriche:

1° *Malattie delle fosse nasali, dei seni nasali e del cavo naso-faringeo*	N°	604
2° *Malattie della faringe, delle tonsille, del palato duro e molle, e del cavo orale.* . . .	»	1047
3° *Malattie della laringe, della trachea, del corpo tiroide e dell'esofago*	»	591
	Totale	2242

(1) Ecco, per l'opportuno confronto, le cifre degl'infermi osservati negli anni precedenti:

Ciascuna di queste grandi rubriche comprende, a sua volta, le seguenti svariate forme morbose, isolate od aggruppate come appresso:

Malattie delle fosse nasali, dei seni nasali e del cavo naso-faringeo

Riniti acute	N°	3
Riniti croniche, nelle varie forme note: ipersecretiva, ipertrofica od atrofica, talvolta con degenerazione mixomatosa del cornetto medio, altre volte con epistassi, con deviazione, spina o cresta del setto, con asma riflesso, con faringite secondaria, ecc. . .	»	334
Riniti crostose, talvolta complicate ad epistassi, tal'altra a rossore del lobulo del naso . . .	»	89
Eczema delle pinne	»	22
Sinusite frontale	»	2
Ozena nasale	»	19
Pseudo-rinite caseosa (con vegetazioni verso il meato medio, che occludevano tutta la fossa nasale sinistra)	»	1
A riportarsi	N.°	470

Nel primo anno scolastico (1881-82) si ebbero in cura (allora il Dispensario funzionò per soli 5 mesi) . . . . infermi N. 162

nel 2° anno (1882-83).	»	707
nel 3° e 4° anno (1883-85).	»	1066
nel 5° anno (1885-86).	»	856
nel 6° anno (1886-87)	»	870
nel 7° anno (1887-88)	»	1047
nel 8° anno (1888-89).	»	1305
nel 9° anno (1889-90).	»	1178
nel 10° anno (1890-91).	»	616
nell'11° anno (1891-92)	»	857
nel 12° anno (1892-93)	»	1171
nel 13° anno (1893-94)	»	1114
nel 14° anno (1894-95)	»	1097
nel 15° anno (1895-96)	»	1225
nel 16° anno (1896-97)	»	1018
nel 17° anno (1897-98)	»	1163
nel 18° anno (1898-99)	»	1484
in questi due ultimi anni (1899-1900 e 1900-1901).	»	2242
Totale	»	19178

Riporto	N.°	470
Ematoma del setto (con esito in ascesso in un caso)	»	3
Deflessione, ispessimento e spine del setto . .	»	8
Sifilide terziaria delle fosse nasali, a varia sede ed estensione, in fase attiva o regressiva . . .	»	31
Mixomi nasali, isolati o multipli, uni o bilaterali	»	40
Mixoma gigante a livello delle coane . . .	»	2
Vegetazioni polipoidi sul setto e sul cornetto inferiore	»	5
Vegetazioni neoplastiche sul setto . . .	»	2
Tumori di dubbia natura delle fosse nasali . .	»	2
Corpi estranei nelle fosse nasali (nocciuolo d'uliva, faggiuolo, acino di gran turco, corallo e, due volte, bottoni di scarpe)	»	7
Aderenza cicatriziale delle coane per velo membranoso naso-faringeo.	»	1
Atresia delle fosse nasali in seguito a scottatura .	»	1
Infiltrazione del lobulo del naso con ulcerazione (?) .	»	1
Vegetazioni adenoidi del cavo naso-faringeo, complicate, talvolta, da ipertrofia tonsillare, adeniti, ascesso retro-faringeo	»	22
Tumori benigni del cavo naso-faringeo . . .	»	4
Tumori maligni	»	4
Carcinoma del cavo naso-faringeo riconosciuto istologicamente	»	1
Totale	»	604

Malattie della faringe, delle tonsille, del palato duro e molle e del cavo orale

Faringiti acute.	»	6
Erpes del velo pendolo	»	1
Tonsilliti acute catarrali	»	27
» lacunari	»	14
» flemmonose	»	38
» difteriche (con reperto batteriologico positivo)	»	7
Faringiti croniche, nelle varie forme e concomitanze morbose note	»	621
Tonsilliti croniche, con moderata ipertrofia dell'organo	»	112
A riportarsi	N.°	826

Riporto	N.°	826
Tonsilliti croniche con notevole ipertrofia dell'organo	»	60
Tonsillite linguale acuta	»	1
Ascesso retro-faringeo idiopatico	»	7
Tubercolosi faringea e tonsillare	»	4
Sifilide secondaria (condilomi piani sull'istmo) . .	»	17
Sifilide terziaria della faringe, del velo e delle tonsille, nelle forme e concomitanze note . .	»	72
Sifilide terziaria del palato duro	»	4
Paralisi del velo pendolo.	»	3
» dei costrittori del faringe	»	2
Papillomi dell'ugola e del velo.	»	5
Fibroma della tonsilla sinistra	»	1
Angioma	2	2
Epitelioma ulcerato della tonsilla sinistra, del pilastro anteriore e della base della lingua . . .	»	1
Linfosarcoma delle glandole cervicali con sporgenza nella parete faringea	»	1
Corpo estraneo nella tonsilla destra (lisca di pesce)	»	1
Perforazione traumatica del velo	»	1
Ugola bifida congenita	»	1
Trauma dell'ugola	»	1
Distruzione cicatriziale dell'ugola in seguito a necrosi infettiva	»	1
Divisione congenita del palato molle	»	1
Stomatite aftosa, ulcerosa e da mughetto. . .	»	16
Angina di Ludwig	»	2
Leucoplachia orale	»	3
Ranula sottolinguale	»	1
Epitelioma della lingua	»	7
Varia	»	6
Totale	»	1047

Malattie della laringe, della trachea, del corpo tiroide e dell'esofago

Anemia della laringe	N.°	2
Laringiti acute, semplici.	»	23
Laringite edematosa (trauma per corpo estraneo nell'esofago)	»	1
Angina epiglottica.	»	1
A riportarsi	N.°	27

Riporto	N.°	27
Angina morbillosa	»	1
Crup laringeo primario	»	10
Laringiti croniche	»	145
Corditi comuni e nodulari	»	30
Condilomi piani sulle corde vocali (oltrechè sullo istmo)	»	1
Sifilide terziaria della laringe nelle forme note, variabili come processo attivo (infiltrato gommoso, ulcerato o non), come esiti (cicatrici, deformità od immobilità delle regioni colpite), come disturbi funzionali (laringo-stenosi acuta e cronica), e come sedi (preferite quelle a livello delle corde vocali vere e false)	»	32
Laringiti e laringo-tracheiti semplici, in soggetti affetti da tubercolosi pulmonare	»	12
Tubercolosi laringea, in forma infiltrata, ulcerosa o papillomatosa, oppure in forma diffusa uni-o bilaterale, ovvero circoscritta alle note sedi predilette: regione meso-aritenoidea, aritenoidi e corde vocali, attacchi posteriori delle corde, epiglottide, pieghe ari-epiglottiche, ed infine alle regioni ipoglottica e tracheale . . . , . . .	»	128
Tubercolosi laringea con sifilide terziaria del faringe (forma mista sifilo-tubercolare)	»	1
Pericondrite cricoidea gommosa (che necessitò la tracheotomia)	»	1
Pericondrite tiroidea. (Nei tre infermi fu anche necessaria la tracheotomia, ed in un solo di essi venne accertata la natura sifilitica: l'inferma fu seguita, curata ed è guarita)	»	3
Stridore congenito (per probabile persistenza del timo)	»	4
Voce eunucoide (per difettosa muta della voce) .	»	2
Paresi o paralisi degli adduttori delle corde vocali .	»	13
Contrattura spastica della corda vocale sinistra .	»	1
Paralisi bilaterale dei postici (di probabile origine miogena)	»	3
Paralisi completa della corda vocale sinistra per compressione del nervo ricorrente, in seguito ad ectasia od aneurisma aortico (meno in un caso, di dubbia origine)	»	24
A riportarsi	N.°	433

	Riporto	N.° 433
Paralisi completa della corda vocale destra per ectasia od aneurisma del tronco brachio-cefalico. . .	»	5
Paralisi completa della corda vocale sinistra per neurite primaria del ricorrente (reuma e sforzi vocali). .	»	1
Afonia isterica	»	1
Paralisi labio-glosso-laringea	»	1
Tumori laringei benigni	»	20
» » maligni	»	4
Fibroma cistico dell'epiglottide	»	1
Pachidermia della laringe	»	2
Lepra della laringe	»	3
Corpo estraneo nella laringe (?)	»	1
Catarro tracheale	»	39
Stenosi tracheale.	»	8
Spasmo esofageo e paresi dei costrittori faringei. .	»	4
Stenosi esofagea in seguito ad ingestione di potassa caustica	»	9
Stenosi esofagea neoplastica (carcinoma) . . .	»	3
Corpi estranei nell' esofago (lisca di pesce, spillo di ottone, ecc.)	»	4
Gozzi semplici (Nei 27 casi curati, 4 volte vi erano sintomi di compressione sulla trachea, ed 1 volta sulla trachea e sui ricorrenti laringei)	»	27
Gozzo neoplastico	»	1
Varia.	»	11
In osservazione	»	8
	Totale, infermi	N. 591

I vari *atti operativi*, praticati su molti di questi infermi, sono consistiti, in genere, nei seguenti: ablazione di mixomi nasali e retro-nasali, di vegetazioni polipoidi sul setto e sui cornetti; asportazione di corpi estranei nelle fosse nasali e nella faringe; vuotamento di una fossa nasale in un caso di pseudo-rinite caseosa; apertura di ematoma del setto, di aderenza cicatriziale delle coane per velo membranoso naso-faringeo; tonsillotomie uni-o bilaterali, spezzettamento delle tonsille, uvolotomie, scarificazioni di tonsille infiammate; apertura con la sonda scannellata o col bisturi di ascessi tonsillari; vuotamento col bisturi di ascessi retro-faringei in bambini ed adulti; asportazione di

papillomi dell' ugola e del velo, nonchè di tumori benigni e di vegetazioni adenoidi dal cavo naso-faringeo; distruzione di una ranula sottolinguale col galvano-cauterio; sbrigliamento in un caso di accesso per pericondrite tiroidea; raschiamento in casi di papilloma laringeo; asportazione di polipi laringei con le pinze, di un fibroma dell'epiglottide con l'ansa galvanica; cateterismo della laringe e della trachea; intubazione in adulti ed in bambini; estrazione di corpi estranei dall'esofago; oltre alle pratiche relative alle iniezioni di siero antidifterico in casi di crup laringeo, all'applicazione delle sonde esofagee, dell' elettricità sulla laringe e sul corpo tiroide, ai lavacri del seno frontale ecc. ecc.

Istituto di Laringojatria della R. Università di Napoli
diretto dal Prof. F. Massei

Ricerche sperimentali ed istologiche sulla asfissia rapida

per annegamento, con speciale riguardo alle lesioni

delle prime vie respiratorie e dell'orecchio

(con tre tavole cromo-litografiche)

per i dottori

GIULIO MARTUSCELLI e GIUSEPPE PROTA

Libero docente in Laringojatria, Preparatore dell'Istituto — Assistente alla Clinica

Recentemente è stata risollevata dal Richter la questione se l'edema delle pliche ari-epiglottiche possa ritenersi quale un segno della morte per annegamento (1). L'A. si è proposto di studiare e di spiegare quel reperto, frequente nei cadaveri di annegati, che consiste in un rigonfiamento, simile ad edema, delle pliche della glottide; reperto che da alcuni (Hoffmann, Paltauf) venne ritenuto come dipendente da fatti cadaverici, mentre altri (Strassmann) lo attribuisce, in parte, a fenomeni. vitali Egli ha cercato di evitare alcune cause di errore, che si riscontrano nelle esperienze di Gohndorf, ed ha esaminato i cadaveri di 18 neonati, dopo averli lasciati alcun tempo sotto acqua, nonchè di 23 annegati.

Noi fummo colpiti dal fatto che il Richter, il quale ebbe agio di studiare i cadaveri di 23 annegati, limitasse le sue ricerche, sulla laringe, al solo edema delle pliche epiglottiche; trasandando le lesioni del cavo naso-faringeo e dell' orecchio. Stabilimmo, non solo di istituire esperimenti di controllo a quelli di Richter, ma di eseguire uno studio completo sulla morte per annegamento, specialmente riguardo a queste parti, tanto più ch'esse formano oggetto delle nostre quotidiane ricerche e del nostro esercizio professionale.

Ci apponemmo bene; poichè abbiamo rinvenuto delle note necroscopiche ed istologiche, di cui non si era parlato sinora:

(1) Richter.—Sull'edema delle pliche della glottide nei cadaveri di annegati (Wiener klinische Wochen., n. 25, giugno 1899).

istituimmo gli esperimenti su cani e conigli, variandoli in diverse guise. Così reputammo necessario prima di tutto di annegarli in liquidi differenti; poi, di procedere alle autopsie a diversa epoca dalla morte, cominciando dal farle immediatamente ed arrivando a tenerli sommersi sino a più di 48 ore.

Finalmente procedemmo a paralleli sul reperto ottenuto dagli annegati, con quello di altri animali messi moribondi, o morti, nell'acqua, e con quello di alcuni soffocati.

Ora, prima di descrivere i nostri esperimenti, daremo un breve riassunto delle note necroscopiche da annegamento, quali sono stabilite dalla maggior parte degli autori di trattati di medicina legale, di cui consultammo le opere, assieme ad altre pubblicazioni esistenti nella biblioteca dell'Istituto di medicina legale della R. Università di Napoli, diretto dal prof. Corrado, al quale inviamo i sensi della nostra gratitudine per le cortesie usateci.

***

Lazzaretti (*Med. legale*, 1886) descrive come principali segni della morte per annegamento, i seguenti: schiuma più o meno densa e spesso sanguinolenta nella laringe, trachea e bronchi, con intensa iperemia della mucosa, che perciò si presenta di un colorito rosso vivo determinato dall' ingorgo dei vasellini sanguigni, prodotto dagli sforzi degli atti respiratorii e che perciò rappresenta l'esercizio di atti vitali. Questo fenomeno non è specifico della morte per sommersione, poichè, per la formazione della schiuma, non è necessario che vi contribuisca la presenza di un liquido acquoso. I polmoni sono gonfii, e ciò dipende dai forti e ripetuti atti di inspirazione ed espirazione cagionati dalla lunga lotta del soggetto nell'acqua, per sottrarsi all'annegamento; con l'inspirazione penetra anche acqua, che in parte diluendo il muco più denso, aumenta la schiuma in tutto l'albero aereo. Tale condizione fu denominata da Casper: *iperaeria pulmonale*.

Legrand du Saulle (1886) pone come notevole la posizione particolare della epiglottide. Questa fibro-cartilagine è stata trovata diretta verticalmente in tutti gli esperimenti fatti da Bergeron e Montano; questi autori danno un gran valore a tale segno. Nella trachea e nei bronchi si trova una schiuma biancastra, la cui presenza sarebbe per l' A. segno caratteristico della morte per sommersione. Riedel, Begeron e Montano opinano che la si riscontri in tutti i casi, mentre altri autori non accettano questa opinione in tesi generale; poichè, se la

morte avviene per sincope, nelle vie respiratorie non si rinviene schiuma, ma solo un po' d'acqua.

Se poi essa ha luogo per asfissia, vi si rinviene una schiuma saponosa, più o meno rossastra. La colorazione della schiuma varia secondo il momento in cui si osserva; Brouardel e Vibert hanno dimostrato che la tinta rosea sarebbe dovuta ad uno stravaso di sangue negli alveoli pulmonali.

I polmoni presentano una colorazione grigio-sporca o violacea; sono assai sviluppati, come enfisematosi, e non si afflosciano all'apertura del torace: alla superficie si notano delle macchie punteggiate, che per Brouardel e Vibert sono ecchimosi sotto-pleurali, identiche a quelle che Tardieu descrisse nella morte per soffocazione. Bergeron e Montano hanno ancora descritto altre macchie, che danno alla superficie del pulmone l'aspetto maculato come di una pelle di pantera. Queste sarebbero vere suffusioni sanguigne, più estese delle macchie ecchimotiche, la cui produzione si spiegherebbe per l'idremia consecutiva ad una sommersione lenta.

Per questi autori le macchie punteggiate si mostrerebbero in circostanze diverse da quelle che presiedono alla formazione delle suffusioni sanguigne; esse appariscono quando la morte è stata assai rapida, nei casi di sincope, per esempio, poichè il sangue non ha avuto il tempo d'idremizzarsi. Se si fa un taglio sul pulmone, si vede uscire dal tessuto una schiuma tinta di sangue, che già si è trovata nel tubo laringo-tracheale ed è formata da una miscela d'acqua e d'aria battute insieme per le scosse di tosse e gli sforzi di respirazione.

Vibert (*Med. legale*, 1886) nota che i pulmoni alle volte sono così aumentati di volume, che sembrano insufflati, ricoprono il cuore, conservano l'impronta del dito come un tessuto edematoso, e spesso mostrano lo stampo delle costole tra le quali facevano ernia prima che fosse aperto il petto. Alla loro superficie si notano pure placche più o meno larghe di enfisema. La schiuma è formata dall'acqua introdotta nei bronchi, agitata per i movimenti respiratorii con l'aria in essi racchiusa e col muco che è segregato sotto l'influenza dell'acqua.

La congestione pulmonale non è costante nella morte per sommersione, ed è raro ch'essa sia assai accentuata. Le ecchimosi sotto-pleurali ben limitate, piccole e nette, sono rare presso gli annegati. Si possono riscontrare quando la sommersione è stata rapida, restando il corpo costantemente al di sotto dell'acqua ed anche quando si tratta di neonati o di giovani individui.

Ma è frequente il vedere alla superficie dei pulmoni larghe placche rosse o rosee, più o meno nettamente delimitate, che disegnano una specie di marezzamento. Queste, come le ecchimosi, sono costituite da uno spandimento sanguigno sottopleurale.

Nell'orecchio medio pervengono acqua e corpi estranei, in seguito agli sforzi di inspirazione o di deglutizione, per la via della tromba di Eustachio. Questa penetrazione non può effettuarsi dopo la morte, a meno che non esista perforazione del timpano.

Filippi (*Med. legale*, 1889) dà i seguenti caratteri: la faringe, la laringe e la trachea mostrano, per lo più, la mucosa di un bel rosso vivo per iniezione e ricoperta di una spuma bianca, aerata. Questa spuma non solamente è generata dal muco secreto nelle cellule pulmonali e dal liquido che vi penetrò, ma ancora si forma, quasi spontaneamente, per una azione fisico-meccanica. Invero, in tutti i casi di asfissia per occlusione delle vie aeree, ma specialmente in quella prodotta dalla sommersione, l'aria che trovasi nelle diramazioni bronchiali è sottoposta agli effetti fisici della dilatazione del torace; vale a dire che quante più volte il torace si dilata, tanto più essa tende a rarefarsi. E poichè non v'ha più equilibrio tra l'aria contenuta nelle diramazioni dei bronchi ed i liquidi che scorrono nei vasi della mucosa bronchiale, accade che i vasi stessi si dilatano per iperemia ex vacuo, come succede appunto quando si applica una ventosa sopra la pelle.

Nei pulmoni si nota quasi sempre la super-aerazione. Essi sono spugnosi, lucenti ed umidi al tatto; danno la sensazione di cotone bagnato.

Ziino (*Med. legale*, 1890) nota che Riedel e Kramzler trovarono l'epiglottide innalzata, mentre Detharding la vide abbassata. L'eventualità di un tale reperto dipende piuttosto, secondo l'A., dalle manovre fatte sopra il cadavere, anzichè dalla morte per sommersione,

Dopo gli studi di Wrheden e Wendt sulla asfissia del feto e sulla possibilità che il liquido amniotico ed il meconio passino nel pulmone e nello stomaco non solo, ma anche nella cassa del timpano, Hoffmann e Blumenstok si sono giovati di tali nozioni per ritrovare, come l'hanno difatti rinvenuto, il liquido di sommergimento (acqua sporca, ammasso di melma fecale ecc.) in detto organo. L'importanza di questo reperto è naturalmente subordinata alla integrità del timpano.

Nel Maschka (*Med. legale*, 1893), si legge che Detharding fece derivare la morte per annegamento dall' abbassamento

dell'epiglottide, e sostenne che così veniva impedita la penetrazione dell'aria nei pulmoni, mentre l'aria in essi contenuta non poteva essere espulsa. Negli annegati si troverebbe, allora, l'epiglottide abbassata e per tale motivo Detharding consiglia di praticare la laringotomia negli annegati. Ma tutte le osservazioni fatte talvolta con la massima cautela, fecero pertanto assodare che l'epiglottide, in *corpore mortuo*, sta eretta e molti si opposero a Detharding, tra cui Orfila, il quale riconosce che l'epiglottide non è mai tanto abbassata, e più diffusamente il Walter.

Il liquido che concorre a formare la schiuma, non sempre è necessario che sia assolutamente acqua. Così ad esempio, se si avesse avuto occasione di esaminare il principe Giorgio, duca di Morenza, fratello del re Eduardo IV di Inghilterra, invece di acqua si sarebbe rinvenuto vino, poichè questo principe scelse la morte per annegamento in una botte di malvasia.

Gli esperimenti sugli animali con liquidi colorati, inchiostro, ecc., assodarono che realmente il liquido perviene nelle vie aeree. Ad ogni modo questo segno, insieme agli altri sintomi ed alle circostanze accessorie, ha una grande importanza per la diagnosi della morte per annegamento. L'iniezione della mucosa fu riscontrata dal Maschka 31 volta su 33 autopsie e si badi che molti cadaveri erano già in uno stato di innoltrata putrefazione.

In vero, anche questo segno col tempo va perduto per effetto della putrefazione, e l'iniezione della mucosa passa rapidamente nel rosso-cupo (Krahmer), specialmente nell'estâ; ma è esagerata l'asserzione di Devergie, che i fenomeni dell'annegamento non possono essere conservati a causa dei gas della putrefazione.

Maschka ha rinvenuto sulla parete faringea tre volte ecchimosi e una sola volta sull'epiglottide.

Quando si tratta di cadaveri freschi e non putrefatti, nell'aprire la cavità toracica i pulmoni si fanno innanzi, riempiono completamente il torace e coprono il cuore. Il torace si trova nello stadio della massima inspirazione ed i pulmoni crepitano, oppure al tatto sembrano spugnosi. Gli alveoli sono dilatati e qualche volta lacerati (Liman) Con questo fenomeno sta in intimo nesso la quantità relativamente tenue di sangue dell'organo; infatti viene esercitata sui vasellini una pressione dall'aria contenuta negli alveoli, sicchè non può prodursi iperemia. Anzi il tessuto pulmonale al taglio apparisce di color rosso-mattone o roseo sbiadito, il che dimostra la scarsa quantità di sangue. Casper e Liman osservarono delle ecchimosi puntiformi sui

pulmoni. Littrè non vi trovò acqua. Lenac negò che l'acqua possa essere aspirata nei pulmoni. Haen dapprima negò, ma poi ammise la possibilità che l'acqua vi penetri, ed impedisca la circolazione del sangue. In base agli esperimenti ed alle osservazioni, si può ritenere come accertato che durante l'annegamento l'acqua effettivamente penetra nell'apparecchio della respirazione e perciò anche nei pulmoni. La putrefazione produce sviluppi di gas i quali, avendo una espansione maggiore di quella dell'aria esistente nei bronchi, espellono il contenuto dei pulmoni, di modo che questi debbono impiccolirsi e, nel massimo grado della putrefazione, totalmente collabire. L'osservazione sui cadaveri che sono stati per lungo tempo nell'acqua, mostra che ciò è esatto. Quando i pulmoni sono collabiti e la imbibizione ha raggiunto un alto grado, riesce agevole comprendere che questi stadii da molti autori siano stati scambiati con l'iperemia.

Bunge (*Sulle alterazioni pulmonali consecutive al tentato suicidio per annegamento, — Fortsehritte v. med., 1896, Num. 3°*), nel cadavere di un individuo che era morto tre giorni dopo che aveva tentato di uccidersi annegandosi, trovò una pulmonite bilaterale, la quale probabilmente aveva una origine pleurogena in due ascessi circoscritti della pleura sinistra. Questi, alla lor volta, dipendevano da una degenerazione suppurativa di due stravasi sanguigni sotto-pleurali, effettuati dai microrganismi aspirati insieme all'acqua di annegamento. Le ricerche batterioscopiche rilevarono l'esistenza nei polmoni *di una infinità di microrganismi: mancavano soltanto il pneumobacillo di Friedländer ed il diplococco di Fränkel.*

Severi (*Rivista di med. legale, 15 marzo 1897, fasc 2°, pag 43 e seg.*), nota che Wilmans avrebbe accertato: 1°) che già nel secondo periodo della sommersione l'acqua può penetrare nelle vie aeree, ma che peraltro una invasione profonda e generalizzata di essa nelle vie aeree stesse si verifica soltanto nel 3° periodo dell'annegamento; 2°) che l'acqua, nel caso di sommersione di individuo vivente, penetra fino nei più piccoli e remoti alveoli; 3°) che l'acqua entra nella composizione della spuma che trovasi nell'albero respiratorio degli annegati e quindi la sua composizione differisce da quella della spuma che si trova nell'albero respiratorio, nelle altre forme di asfissia.

Schmidt (*La morte per annegamento dal punto di vista medico-legale.—Friedreich's Blatter, 1899, Heft II. Rivista di med. legale, giugno 1899, fasc. 5°*) dimostra che i segni che praticamente importano per la diagnosi della morte per annegamento

sono la presenza di liquido che imbeve i polmoni e per lo più i lobi superiori, perchè più vicini alla radice pulmonale, e di liquido d'imbibizione nello stomaco e nell'intestino.

Negli altri trattati ed opuscoli, si trovano ripetute, più o meno, le istesse cose; e noi, che per questa breve relazione abbiamo prescelto gli Autori che accennavano a note differenti, crediamo poterci esimere dall'aggiungere altra bibliografia.

Si rileva peraltro, da quanto abbiamo riportato, che manca uno studio delle lesioni da annegamento, per il cavo naso-faringeo, per la laringe e per l'orecchio.

ESPERIMENTI

I. Serie (Cani annegati in acqua dolce)

1° Esperimento. — Si immerge un cane del peso di circa Kg. 5, in una grossa conca contenente acqua potabile, e vi si fa affogare, il giorno 30 maggio 1901 alle ore 12. La morte avviene in 2 minuti e 50. Dopo 24 ore si procede alla autopsia. Rigidità cadaverica conservata; bocca semi-aperta, con la lingua sporgente in fuori. Per mettere meglio in mostra le alterazioni dell'istmo delle fauci e della laringe, si asporta la lingua ed il pavimento orale, assieme a tutto l'albero respiratorio, dopo avere asportato il mascellare inferiore.

Si nota edema del velo e dei pilastri; le tonsille iperemiche. Edema delle pliche ari-epiglottiche e della mucosa faringea a livello delle aritenoidi; lieve iperemia della epiglottide, la quale trovasi in posizione verticale. Corde vocali addotte per tutta la porzione ligamentosa, edematose ed arrosite nella superficie superiore e bordo libero. Edema della mucosa dei ventricoli del Morgagni, la quale sporge alquanto nel lume laringeo a guisa di una vescicola ripiena di liquido. Lieve iperemia della regione ipoglottica e della mucosa tracheale.

In corrispondenza della biforcazione dei bronchi si nota il lume bronchiale completamente occluso da un liquido spumoso, simile perfettamente a spuma di sapone, di colorito roseo. A misura che si scende verso i bronchi medii e minimi, si trovano gli stessi fatti ed il liquido spumoso è misto a sangue.

Pulmoni con le note dell' edema emorragico, abbastanza intenso. La loro superficie presenta un marezzamento rossastro, oltre a punteggiature di un rosso vivo; i loro bordi sono arrotondati, e verso i lobi superiori si notano zone con enfisema.

Il volume ne è assai aumentato. Non si afflosciano alla apertura del torace.

Cavità nasale. — Iperemia della mucosa dei cornetti e del setto, che va accentuandosi maggiormente verso le coane. Mucosa faringea retro nasale, edematosa ed arrossita. Orifizio delle trombe, pervio.

Orecchio. — La membrana del T. D. si presenta di un colorito rosso-fosco con chiazze bianchicce, le quali rappresentano il residuo del rivestimento epiteliale. Per la tumefazione della membrana, non si discerne il martello, tanto pel suo manico, quanto per la corta apofisi. Inoltre, il rossore è egualmente diffuso sulla m. flaccida, la quale si confonde col T. Questo apparisce molto rientrante, con l'umbo assai pronunziato.

La pelle del condotto uditivo non presenta imbibizione edematosa; solo una modica iperemia. Aperta la cavità della capsula otica, si osservano numerose chiazze emorragiche, di varia grandezza e di colorito rosso-vivo, disseminate per tutta la mucosa, la quale apparisce come spalmata da un esile strato di un liquido gelatinoso bianco-rossastro, molto più notevole in corrispondenza della finestra ovale ed all'orifizio della tromba. Manca però, nell'orecchio, il liquido da annegamento.

O. S. — Meno accentuate le lesioni del T; un po' più, invece, quelle della cassa; pel rimanente ci riportiamo alla fatta descrizione.

Stomaco vuoto. *Fegato* di colore rosso vinoso, un po' ingrandito, coi bordi arrotonditi. Si osservano tutte le note della stasi. *Milza* pure di un rosso scuro; al taglio la polpa è un po' friabile; i glomeruli non si scorgono.

Reni con notevole iniezione di tutta la sostanza corticale.

Sistema nervoso centrale. — Tutte le meningi fortemente injettate da sangue rosso scuro; spiccano notevolmente i seni della dura, come tanti cordoni. Al taglio della massa cerebrale, fuoriesce un po' di sangue dalle sezioni dei vasellini. La sostanza cerebrale si spappola facilmente.

2° Esperimento. — Cane di media grandezza, immerso nell'acqua il 2 giugno 1901. Autopsia eseguita 30 ore dopo la morte, la quale si avvera in due minuti e 50''.

Scomparsa la rigidità cadaverica; solo un po' di contrazione nei muscoli della mascella; la bocca chiusa; ma va notato che questo cane fu tuffato in acqua dopo avergli legato fortemente il muso.

La regione *tonsillare*, i *pilastri* ed il *velo-pendolo* si mostrano

edematosi, o meglio fortemente infiltrati. Infiltramento delle pliche ari-epiglottiche; epiglottide in posizione verticale. Corde vocali addotte per la loro porzione ligamentosa; lieve iperemia di tutta la mucosa laringea. La mucosa dei ventricoli di Morgagni è poco infiltrata. *Nei pulmoni*, le istesse note del primo caso; dippiù, versamento di siero sanguinolento in ambedue le cavità pleurali. La mucosa nasale è edematosa e con rammollimento necrotico, di un colorito grigio-rossastro. Nella retrobocca, nella laringe e nei bronchi si nota schiuma che, a misura che si scende verso i polmoni, diventa sempre più rossastra.

Orecchio destro.—T. di colorito rosso-fosco e alquanto tumido in modo da non potersi discernere il martello. Nella capsula otica si osservano chiazze emorragiche puntiformi in tutta la mucosa. Di più, in corrispondenza della faccia posteriore del timpano, si osservano versamenti emorragici; come pure, presso la finestra ovale, le ossicina sono coinvolte da un liquido assai denso, siero-ematico. Tutto il pavimento della capsula e l'orifizio della tromba mostrano maggiormente le note ora descritte.

La capsula di sinistra presenta le istesse note, soltanto sono più numerose le emorragie della sotto-mucosa.

Nello stomaco un po' di liquido da annegamento; la mucosa alquanto iperemica.

Fegato di colorito rosso-vinoso, tumido, con bordi arrotondati; al taglio la polpa è friabile. *Milza* pure rosso-vinosa. Non si discernono i glomeruli. *Reni* con sostanza corticale iniettata; evidenti le venule stellate.

3° e 4° Esperimento. — Cani annegati il 4 giugno alle ore 12; autopsia dopo un'ora. Uno muore in minuti 3,15 l' altro in 4'.

Si osservano le istesse note già descritte; solo manca l'edema delle pliche ari-epiglottiche.

II. Serie di esperimenti (Cani annegati in acqua di mare)

1° Esperimento, eseguito l' 8 giugno.—Autopsia il 10 giugno, dopo 48 ore. La morte sopravviene in 3 minuti. Scomparsa la rigidità cadaverica; tutto il palato duro, il velo-pendolo e le regioni tonsillari, presentano un colorito violaceo. La mucosa faringea in corrispondenza delle aritenoidi è di un rosso-cupo; l'epiglottide ed i legamenti ari-epiglottici si mostrano fortemente iperemici; questa fibro-cartilagine sta in posizisne verticale. Corde

vocali addotte, molto cianotiche dal bordo libero in giù, e disseminate, assieme alla regione ipoglottica, di emorragie puntiformi. Niente alla trachea, tranne l'iperemia. La superficie dei *pulmoni* è notevolmente marezzata; le chiazze emorragiche puntiformi sono più numerose; di più la pleura è in certi punti erosa, in modo che il parenchima pulmonale è messo a nudo; ciò nei punti ove si notano versamenti emorragici. Al taglio, e comprimendo i polmoni, fuoriesce un liquido spumoso intensamente ematico.

Nelle *pleure* si nota versamento di liquido siero-sanguinolento.

Faringe nasale leggermente edematosa, e di colorito violaceo. *Coane* libere, cornetti normali, salvo le note della incipiente necrosi.

Nell' *orecchio* d'ambedue i lati, si nota intensa injezione di tutta la rete vasale del promontorio ed in corrispondenza della finestra ovale; pochi versamenti emorragici nella mucosa della capsula otica. La lamina spirale di un colorito rosso-vivo; e nelle due rampe si nota versamento di liquido sanguinolento. Il *timpano* è rosso-fosco, tumido, molto retratto in dentro.

Stomaco vuoto di liquido d'annegamento; mucosa fortemente injettata. *Fegato* con chiazze necrotiche verso l'ala piccola ed il bordo inferiore; al taglio il parenchima è friabilissimo. *Milza* con eguali note. *Reni* con intensa iperemia della sostanza corticale.

Va notato che, in questo caso, alla sezione del *cuore*, si è osservato forte diffusione sanguigna al disotto dell'endocardio, che assumeva una tinta rosso-viva. Anche l'aorta presentava eguale colorito.

Nel *cervello* nulla di differente dagli altri reperti.

2° *Esperimento.* — Cane, annegato in acqua di mare il 15 giugno; muore in minuti 2,50. L'autopsia si esegue dopo 24 ore.

Rigidità cadaverica scomparsa in gran parte. Bocca semiaperta con lingua sporgente in fuori. Si asporta nel solito modo la laringe con l'albero respiratorio.

Si nota il *velo-pendolo*, i *pilastri*, le *tonsille* di un colorito rosso-cianotico, tumidi ed infiltrati alquanto dal liquido. Egualmente si presentano le pliche ari-epiglottiche e la mucosa faringea a livello delle aritenoidi.

Iperemia notevole della faccia inferiore della *epiglottide* che trovasi in posizione verticale. Le *corde vocali* si presentano addotte e di un colorito rosso scuro, dal bordo libero in giù. Forte cianosi della mucosa dei *ventricoli* del **Morgagni**, la

quale, però, non è edematosa. Regione ipoglottica e tracheale, fortemente iperemiche. *Pulmoni* intensamente marezzati alla superficie e aumentati di volume. Si nota pronunziato edema emorragico; verso i lobi superiori, anche un po' di enfisema. Nelle pleure versamento di liquido siero-sanguinolento.

La mucosa *nasale*, tanto sui cornetti che sul setto, lascia notare soltanto un colorito cianotico e l'incipiente necrosi, specialmente in prossimità dell'apertura delle narici.

Rosso-cianotica la mucosa *faringea retro-nasale*; gli orifizi delle trombe, pervii.

Il *timpano*, rosso-fosco e molto retratto; nella capsula otica si nota iperemia di tutta la mucosa e versamenti emorragici puntiformi. *Lamina spirale* di un rosso-vivo. Le due rampe sembrano come iniettate da un liquido rossastro.

Nello *stomaco*, un po' di liquido da annegamento; la mucosa in gran parte ardesiaca. Nel *fegato* si notano, sebbene in minor numero e di minori dimensioni, le chiazze necrotiche, maggiormente verso l'ala piccola ed il bordo libero. Al taglio, il parenchima è friabile. *Milza* con eguali note. *Reni* con sostanza corticale fortemente iperemica.

Nel *cervello* nulla di diverso dagli altri reperti.

3° e 4° Esperimento. (20 giugno)—(Morte avvenuta fra i 3 e 4 minuti). Autopsia eseguita, in uno tre ore dopo la morte, ed in un altro immediatamente.

Il reperto anatomico è simile ai due descritti; con la differenza che mancano le note di necrosi.

III. Serie di esperimenti (cani messi moribondi in acqua)

(Qui, trattandosi più di tutto di ricerca limitata alle c. vocali ed all'orecchio medio ed interno, crediamo opportuno di riferire in succinto il reperto, che fu uguale per tutte tre le prove).

Nella *dietrobocca*, e verso il *vestibolo laringeo* si nota alquanto liquido spumoso. Assenza di edema delle pliche ari-epiglottiche; *corde vocali* in posizione cadaverica; mucosa della faccia inferiore della epiglottide, delle c. v. vere e della regione ipoglottica, lievemente arrossita.

Trachea, iperemica. *Pulmone* destro, dalla superficie un po' marezzata, alquanto rigonfiato e con scarso edema emorragico; queste note sono ancor meno evidenti nel pulmone sinistro. Siero nelle *pleure*. Nulla negli altri organi. *Stomaco* pieno d'ac-

qua. *Nell'orecchio*, le note di anemia del timpano, della mucosa della capsula otica, della lamina spirale e delle rampe.

IV. Serie di esperimenti (Cani prima uccisi — con cloroformio — e poi messi in acqua)

(Anche qui riassumiamo gli esperimenti).

Laringe perfettamente normale; *corde vocali* in posizione cadaverica. *Pulmoni* atelettasici e molto impiccoliti; nessun versamento nelle cavità pleurali.

Nulla nell'*orecchio*; negli altri organi, a seconda che l'autopsia si eseguiva con maggiore intervallo dalla morte, comparivano più o meno evidenti le note di necrosi.

V. Serie di esperimenti (Cani soffocati)

Tutti i cani uccisi per soffocazione son morti in tempo più lungo (da 3 e 50 a 4 e 50, 5, ed in uno, 6 minuti). Le *corde vocali* si trovarono in posizione cadaverica assai pronunziata; i *polmoni* fortemente retratti, il sangue meno liquido che in quelli annegati. Nulla nell'*orecchio*.

Riepilogando gli esperimenti, si ha che:

a) le corde vocali, in tutti gli annegati, furono trovate addotte; nei cani, per la porzione ligamentosa; in tre conigli, di cui terremo parola in appresso, dallo attacco anteriore al posteriore (*v. Tav. I., fig. 1 e 2*);

b) notammo sempre, negli annegati, lesioni nella mucosa della capsula otica e dell'orecchio interno; (*v. Tav I., fig. 3*);

c) l'edema delle pliche ari-epiglottiche, nei nostri esperimenti, ha generalmente accompagnato le note cadaveriche rilevate negli altri organi;

d) non trovammo mai l'epiglottide abbassata;

e) le note necroscopiche furono assai più rilevanti negli animali annegati in acqua di mare;

f) la spuma non fu trovata sempre abbondante nell'albero respiratorio; ma, se non vi faceva mai difetto, ne rilevammo pure tracce nei cani soffocati;

g) in alcuni cani annegati rinvenimmo rilevante versamento di siero sanguinolento nelle pleure.

*
* *

L'esame istologico degli organi asportati nei varii esperimenti, è risultato di gran lunga più interessante, di quanto speravamo: però, non è possibile descrivere tutti i reperti istologici, a causa del loro numero.

Crediamo che basti a dimostrare la parte veramente importante di queste ricerche, la scelta che abbiamo fatto di due casi: quello di un cane annegato, che fu sezionato quasi immediatamente dopo morto; e di un altro cane, al quale gli organi furono asportati dopo che era rimasto 24 ore nel liquido da annegamento (1).

Di più, il primo era stato annegato in acqua di mare, l'altro, in acqua potabile.

Nel compulsare la letteratura, trovammo, nello Strassmann accennati gli esperimenti del Montalti. Nello intendimento di esporre un lavoro completo, reputammo necessario di sacrificare tre conigli, per riscontrarvi le lesioni cerebrali descritte dall'autore

*
* *

Pulmoni — In questi organi si notano rilevanti lesioni del parenchima, massimamente al di sotto del rivestimento pleurale. La *Fig. 1 della Tav. III.* dimostra come, al di sotto di questa sierosa, si producano vaste emorragie, le quali arrecano distruzione del parenchima pulmonale.

Gli alveoli sono ridotti addirittura a caverne ripiene di sangue, il quale, negli annegati in acqua marina, ha perduto tutti i suoi caratteri morfologici e soltanto qua e là mostra dei corpuscoli ben conservati. In mezzo al detrito ematico stanno disseminate cellule dell'epitelio alveolare, il cui protoplasma ha perduto i netti contorni: come le cellule che tuttora tappezzano gli alveoli più o meno integri, sono pur esse lese. La pleura stessa presenta infiltrazione ematica in diversi punti, e apparisce come sfibrata e in certi casi è proprio distrutta.

Al centro del parenchima pulmonale, più che distruzione di alveoli, si rivengono questi ripieni affatto di sangue: rarissime

---

(1) Ciò anche nell'intendimento di escludere le note da putrefazione, rilevate in più negli altri cani, sezionati a maggiore intervallo.

le zone con alveoli, se non normali, esenti da emorragie. I dotti bronchiali, sino ai minimi, hanno l'epitelio staldato ed in alcuni esso forma come uno zaffo nel lume del tubo (*v. Tav. III., fig. 5*). I vasi sono enormemente dilatati e le loro pareti scontinuate, tanto più quanto sono maggiormente di piccolo calibro,

Dal quale fatto si rileva che l'area respiratoria è perfettamente abolita; non tanto per pienezza di liquido da annegamento, degli alveoli, quanto per enorme versamento ematico negli stessi.

Fegato — Qui, le lesioni sono assai più intense di quelle da stasi, sia pure acuta.

Invero, al disotto della capsula del Glisson, nella quale si nota forte replezione della rete vasale (*v. Tav. III., fig. 10*) e più negli annegati in acqua marina, si rivengono enormi distruzioni di tutto il parenchima e rilevanti versamenti emorragici. Le trabecole epatiche sono disgiunte e le cellule disseminate isolatamente in mezzo ad una vasta diffusione di detrito ematico, con il protoplasma conservato soltanto in prossimità del nucleo (*v. Tav. III., fig. 12*). In tutti i lobuli le vene centrali fanno vedere l'endotelio scontinuato; ed il sangue si infiltra attraverso le trabecole, separandone le singole cellule (*v. Tav. III., fig. 9*). Questa infiltrazione progredisce verso la periferia dei lobuli ove si rinvengono pure emorragie dei vasi portali; per l' enorme accumulo di sangue in questi punti, ne avviene una distruzione di buona parte delle zone periferiche di questi lobuli e le cellule epatiche, già quasi tutte distrutte, sono sparse isolatamente e rare in mezzo al sangue (*Tav. III., fig. 9*). Questo, zaffa pure tutti i dotti biliari, nei quali l'epitelio di rivestimento è in qualche punto distaccato e contuso, al centro del lume, con i corpuscoli sanguigni. È a notare, relativamente ai fatti cadaverici, che nelle cellule epatiche essi cominciano a manifestarsi dopo le 24 ore, con rarefazione del protoplasma, il quale, distruggendosi dal centro alla periferia, residua come un cercine più intensamente colorato, sul contorno cellulare (*Tav. III., fig. 11*).

Milza — Nella milza le lesioni comprendono pure tutta la ghiandola. La *fig. 6 della Tav. III* dimostra le emorragie sottocapsulari e l'infiltramento ematico della stessa capsula. Queste emorragie sono diffusissime e formano quasi uno strato continuo, sotto-capsulare ove più, ove meno rilevanti. Gli spazi vasali contenuti nelle trabecole hanno perduto non solo la continuità delle loro pareti, ma la compattezza delle medesime: il tessuto fibro-elastico che le costituisce si mostra sfioccato in tanti fascetti, che a lor volta si spennellano in fasci più piccoli;

fra cui si trovano corpuscoli di sangue. Per queste discontinuità delle pareti, l'elemento ematico si diffonde nel parenchima della glandola (*v. Tav. III., fig. 8*). Quello ch'è maggiormente degno di nota, è il disfacimento dei corpuscoli di Malpighi. In tutti si trovano dei vuoti, prodotti da mancanza dei loro elementi costitutivi: quei pochi che residuano sono disseminati come una irregolare infiltrazione all'intorno delle arterie glomerulari, che presentano distacco, e, qualche volta, distruzione dell'intima (*v. Tav. III. fig. 7*).

Reni — Nei reni le alterazioni dei glomeruli assumono massima importanza. Vi si riscontrano sempre emorragie nella capsula di Bowmann; però, a seconda della varia resistenza della lamina interna di questa capsula, esse variano di intensità, come varia la conservazione anatomica del glomerulo, per l'istessa cagione. Difatti, se questa parete interna cede alla forte distensione del glomerulo per la sopravvenuta pienezza di sangue, si scontinua maggiormente verso i lati; le cellule che la compongono vengono sospinte lontane l'una dall'altra e nella cavità della capsula si produce emorragia (*v. Tav. III., fig. 3*). Ma se resiste, allora ne seguita il divaricamento, quasi lo scoppio delle anse del glomerulo, con fuoruscita di sangue, proprio nel punto opposto alla penetrazione del vase afferente; e l'elemento ematico vien sospinto sino nel cominciamento dei tubuli uriniferi (*v. Tav. III., fig. 2*).

Il protoplasma cellulare dei tubuli contorti presenta le note del rigonfiamento torbido; i limiti cellulari sono scomparsi e le varie cellule si discernono soltanto dai nuclei; di più in alcuni si osserva pure un disgregamento granulare di questo protoplasma (*v. Tav. III., fig. 2, 3, 4*).

Le alterazioni dell'epitelio dei tubuli contorti sono facilmente riconoscibili e rilevanti presso la capsula. Quivi, oltre a rinvenire nel loro interno sangue e le lesioni protoplasmatiche ora accennate, si riscontrano lesioni nei nuclei delle stesse cellule, quali la forma a bisaccia, la cariolisi, ecc. Al disotto della capsula le venule non sono solamente dilatate, ma scontinuate nell'endotelio (*v. Tav III., fig. 4*) con fuoriuscita del contenuto che infiltra il connettivo e si espande ovunque.

Cervello — Le lesioni delle cellule della corteccia sono rilevabili tanto nei preparati alla Golgi, come su quelli alla Nissl.

Coi primi si nota che il corpo cellulare si sforma, presentando in alcune cellule vacuoli, o delle gibbosità: il neurite si ripiega ad angolo in più punti del suo decorso, per poi disgiungersi in questi, producendosi così lo spezzettamento.

I frammenti che ne risultano non sempre si trovano sulla stessa direzione; invece, spesso si accavallano o si dispongono parallelamente. In vari dendriti si nota la forma dell'atrofia varicosa e pure spezzettammento con scomposizione dei frammenti (*v. Tav. II*). Coi preparati alla Nissl, si riconosce la vacuolizzazione della sostanza cellulare acromatica e l'omogeneizzazione di quella cromatica che presenta, inoltre, l'accantonamento verso un polo della cellula; nel nucleo si osserva retrazione, vacuolizzazione e perfino perdita di esso,

Laringe ed orecchio — Le lesioni istologiche della laringe e dell'orecchio si riducono a sfaldamento del rivestimento epiteliale e ad emorragie nella sotto-mucosa.

⁂

Per poter spiegare il reperto anatomo-istologico ottenuto in tutte le nostre esperienze, è necessario riassumere il meccanismo della morte per annegamento.

Vibert nota che si possono distinguere due tipi di morte per sommersione.

Il primo tipo si osserva quasi costantemente negli animali che si annegano sperimentalmente, e rappresenta pure la vera morte per sommersione, quale si produce spesso nell'uomo.

Quando un individuo cade nell'acqua, s'arresta immediatamente la respirazione; in principio, per atto riflesso, prodotto dal contatto dell'acqua su tutta la superficie del corpo; ma, dopo, l'arresto della respirazione diventa volontario per qualche istante, durante il quale l'annegato cerca istintivamente, con movimenti disordinati delle membra, di cacciare la testa fuori acqua. Dopo meno di un minuto, la volontà diventa impotente ad arrestare il meccanismo della respirazione; l'individuo introduce acqua nella faringe, ed un movimento riflesso di quest'organo la invia nello stomaco, o meglio, la respinge in fuori. Comincia ben tosto il secondo periodo dell'asfissia, caratterizzato da movimenti respiratorii violenti e disordinati, e dalla perdita di conoscenza accompagnata da convulsioni generali; nello stesso tempo gli atti riflessi sono aboliti tutti, o almeno perdono di precisione. Risulta che la faringe, e subito dopo la laringe, cessano di opporre un ostacolo alla penetrazione dell'acqua nelle vie aeree. Questa arriva così nei bronchi, ove la sua presenza determina l'apparizione di una quantità abbondante di muco, così come s'osserva negli animali ai quali si inietta acqua nella trachea.

Nell'ultimo periodo dell'asfissia, che comprende le profonde

e forti inspirazioni terminali, il liquido penetra fino nelle più piccole ramificazioni bronchiali e sovente fin negli alveoli pulmonali.

La replezione di tutto l'albero aereo di schiuma tenace offre un grande ostacolo alla penetrazione ulteriore dell'aria, quando questa può arrivare liberamente agli orifici respiratorii.

Così si spiega perchè la sommersione apporta più rapidamente delle conseguenze irreparabili, che non l'asfissia per semplice privazione di aria.

Le esperienze istituite dalla società Medico-chirurgica di Londra, hanno mostrato che, dopo aver sopportato la chiusura completa della trachea per 3' e 50", un cane può essere ancora risuscitato; la sommersione prolungata per 1',50", basta per farlo morire.

Dalle ricerche sperimentali fatte dall'A. con Brouardel, si apprende che l'acqua così introdotta nei pulmoni era assorbita facilmente e penetrava nel sangue della circolazione generale, fatto che è stato confermato da altri sperimentatori.

La diluizione del sangue è qualche volta considerevole. Se si annega un animale lentamente, lasciandolo di tempo in tempo respirare al di fuori dell'acqua, la proporzione di questa assorbita, può raggiungere fino il 3° della massa sanguigna totale.

Nel corso delle stesse esperienze gli AA. constatarono, negli animali che avevano assorbito grande quantità di acqua pei pulmoni, che un certo numero di cellule di rivestimento degli alveoli erano tumefatte, riempite di granulazioni grasse e presso a distaccarsi.

Può essere che questo dato anatomico spieghi certi casi nei quali l'annegato, richiamato a vita, muore qualche ora, o qualche giorno dopo, di congestione od infiammazione pulmonale.

Nel secondo tipo della morte per sommersione, la perdita di conoscenza sopraggiunge immediatamente. L'annegato non si dibatte, non ha convulsioni, non aspira acqua. Tutte le funzioni dell'organismo, o almeno quelle del sistema nervoso, sono arrestate o ridotte ad un minimum appena percettibile; così questi muoiono più per inibizione, che per vera asfissia (Vibert, *Précis de médécine lègale. — Paris — Baillière et fils — 1900; pag. 139 e seg.*).

Dimodo che, nell'asfissia acuta, si ha un primo stadio dei movimenti respiratorii (aumentati) con carattere, prima prevalentemente inspiratorio, poi prevalentemente espiratorio; insorgono convulsioni generali, durante le quali la coscienza è già scomparsa; poi, si ha una pausa respiratoria, in espirazione passiva,

la quale potrebbe simulare la morte, senonchè al termine di essa compaiono nuovamente movimenti respiratorii profondi di boccheggiamento, i così detti « movimenti terminali » i quali presentano un tipo irregolare e sono interrotti da pause che diventano sempre più lunghe, fino alla morte. (*F. Strassmann, Manuale di medicina legale, prima trad. ital. — Un. Tip. Edit. Torino 1899, pag. 309*).

Lo Strassmann, il quale nega il reperto dell'iperemia polmonale nella asfissia, riconosce che essa si trova in realtà non di rado nella asfissia acuta: la ricchezza di sangue dei pulmoni si spiegherebbe con la teoria del Donders, pel fatto che nelle profonde ed intense inspirazioni degli asfittici, le pareti toraciche si sollevano e la cavità toracica si dilata; e siccome l'aria esterna non vi può penetrare, vi viene aspirato il sangue. Se l'occlusione delle vie respiratorie avviene nell'acme della inspirazione, tale dilatazione naturalmente non si produce, e così si spiegherebbero le eccezioni al normale reperto della iperemia pulmonale. Però Strassmann nega che nell' asfissia siano iperemici anche il cervello, il fegato, i reni, la milza ed i grandi vasi, perchè dice che allora bisognerebbe che venisse pompato sangue nel corpo per trovarsene dappertutto più del normale, e stabilisce dei criterii di giudizio più precisi per diagnosticare l'iperemia, che nol sia l'apprezzamento puramente soggettivo, generalmente in uso. Cosi, i reni molto ricchi di sangue sono consistenti al tatto, di color azzurrognolo cupo; sulla superficie di sezione compare sangue in grosse gocce, i glomeruli spiccano come grossi gomitoli.

Il fegato ricco di sangue presenta una tinta rosea della sierosa, dovuta ad una fine iniezione vasale; sulla superficie di sezione il sangue esce dai più piccoli vasi. Nella dura madre iperemica si distingue una rete di piccoli vasi e, dopo la lacerazione di quelli che vanno al cranio, tutta la superficie è come irrorata dal sangue. Cosi per le meningi molli, ecc.

***

A che è dovuta la posizione di adduzione delle corde vocali, rinvenuta negli animali da noi annegati? Allo stadio di asfissia in cui li ha colti la morte. Difatti se si tien conto del tempo che han durato per morire (in generale dai 2 ai 3 minuti) e che subito dopo il periodo delle convulsioni, ne è venuto il decesso, si deve ammettere che, nel genere di sommersione da noi posto in atto, la morte si è avverata nel periodo della dispnea

SPIEGAZIONE DELLE FIGURE

TAV. I.

Fig. 1ª — Laringe di cane annegato.

Fig. 2ª — Laringe di coniglio annegato.

Fig. 3ª — Capsula otica (di cane annegato) aperta per mostrare le emorragie.

TAV. II.

Fig. 1 a 10 — Varie lesioni delle cellule nervose della corteccia cerebrale e dei loro prolungamenti. (1, 8, 9 — spezzettamento e scomposizione dei frammenti — 2, 3, 5, atrofia varicosa.

TAV. III.

Fig. 1ª — Sezione del pulmone in corrispondenza della pleura. Si notano distruzione degli alveoli ed emorragie.

Fig. 2ª — Glomerulo divaricato ed emorragia nella capsula di Bowmann.

Fig. 3ª — Altro glomerulo con emorragia nella capsula.

Fig. 4ª — Lesioni dei tuboli contorti (rigonfiamento torbido, lesioni nucleari) e delle venule (scomposizione dell'endotelio).

Fig. 5ª — Tubolo bronchiale, con distacco dell'epitelio.

Fig. 6ª — Emorragie capsulari e sotto-capsulari della milza.

Fig. 7ª — Distacco dell'intima delle arterie glomerulari e distruzione del glomerulo.

Fig. 8ª — Scomposizione delle trabecole della milza e dell' endotelio dei vasi.

Fig. 9ª — Rottura della vena centrale del lobulo epatico e versamento di sangue fra le trabecole, le cui cellule sono isolate fra di loro. — Versamenti di sangue negli spazii interlobulari, con distruzione delle cellule epatiche.

Fig. 10ª — Iniezione della rete vasale della sierosa del fegato.

Fig. 11ª — Sangue nei dotti biliari; incipiente distruzione delle cellule epatiche.

Fig. 12ª — Fegato con emorragie sotto-capsulari e distruzione del parenchima.

N. B. — Le fig. 1, 2, 3, 4, 7, 9, 11 e 12 della Tavola III. sono disegnate con oc. 3 ed immersione $^1/_{12}$ Zeiss; le altre con oc. 3 ob. DD.

Tav: I

1

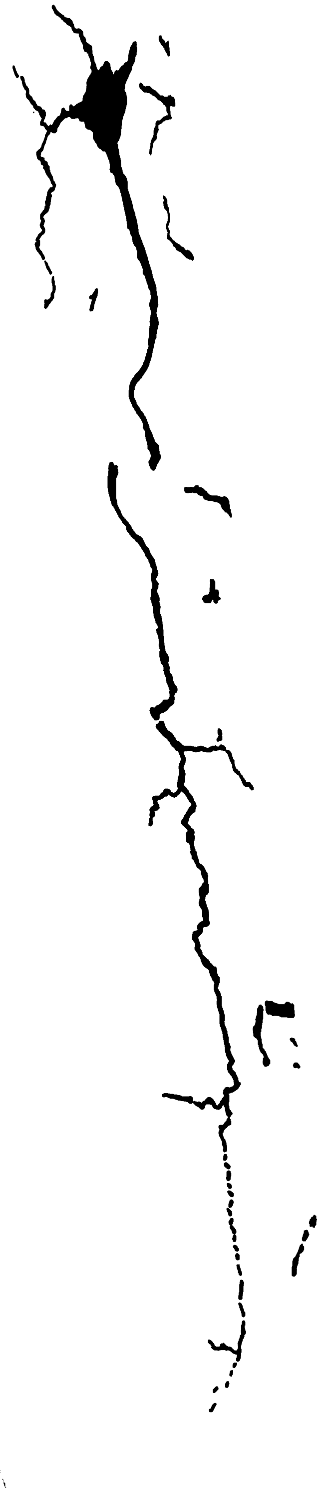
2

3

B. Martuscelli dis: inc.

Tav: II

Tav. II



velo

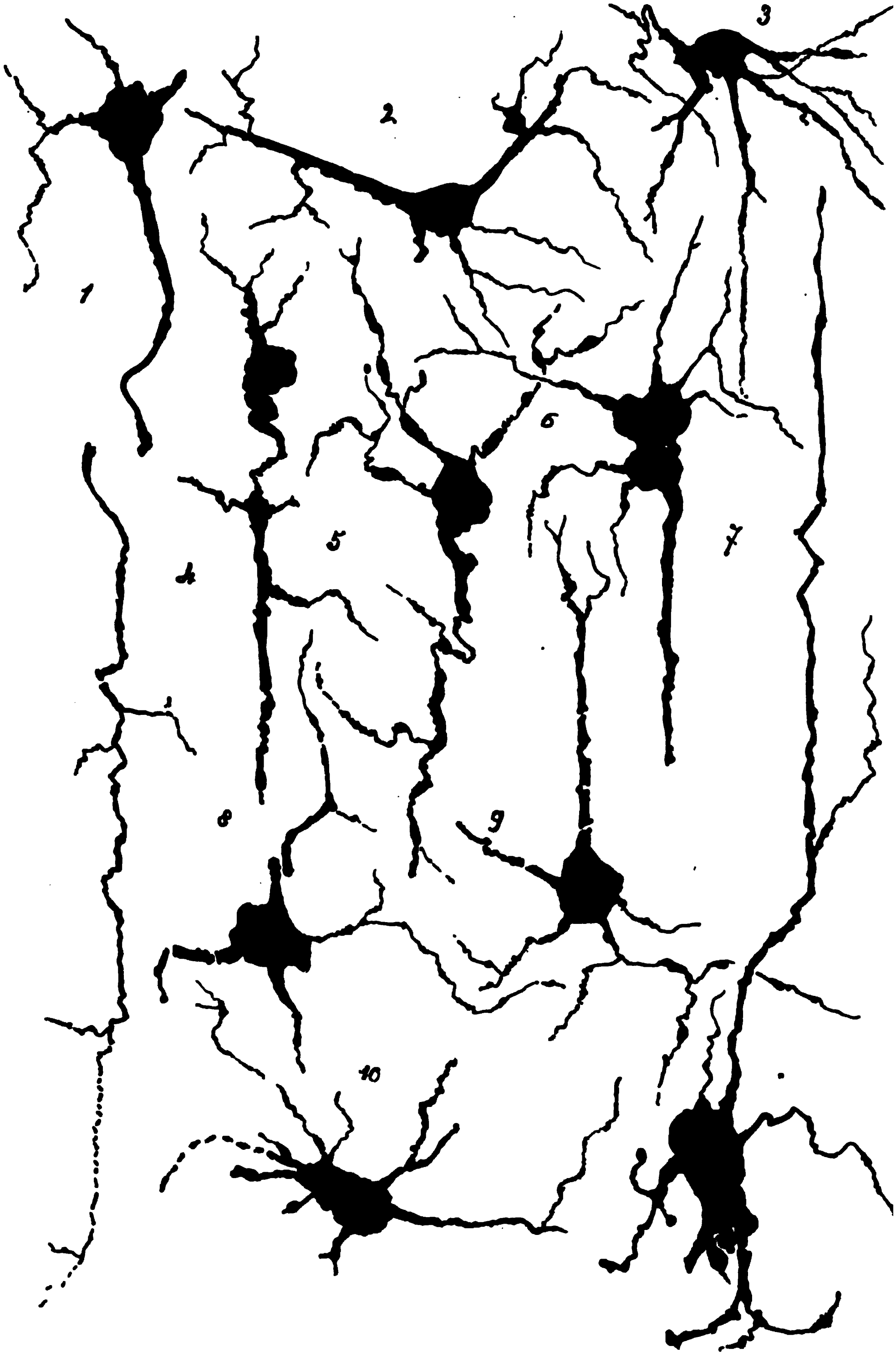
ılato molle
ǝrche ana–
ggiunto un

ɔito in que–

ıngetsino
nolle prov–
mentre per
e fornito al
igemino la
ːiale avreb–
ico, e per–
ygos) e pe–
glio, quella
ovverrebbe
do al ten–
terza bran–
ssa qualche
ıervato dal
go-stafilino
al glosso-fa–

ːva fondato

Tab: II



e
n
-
10
y-
er
al
la
o-
r-
e-
ia
e
n-
n-
le
ial
no
a-
to

Clinica Oto-rino-laringojatrica di Roma
diretta dal prof. E. DE ROSSI

Sugli spasmi clonici faringo-stafilini

con contributo allo studio della innervazione del velo

pel Prof. Gaetano Geronzi
Libero docente e Ajuto alla Clinica

E' noto, che la innervazione della faringe e del palato molle ha sempre dato origine ad una quantità di fine ricerche anatomiche e fisiologiche, ma che non si è puranco raggiunto un accordo completo.

L'innervazione del palato molle soprattutto ha subito in questi ultimi tempi una profonda modificazione.

Si riteneva infatti per il passato, dai tempi di Longet sino ad oggi, che ad animare i varii muscoli del palato molle provvedesse per massima parte il nervo facciale. Esso mentre per mezzo del grande nervo petroso superficiale avrebbe fornito al ganglio sfeno-palatino della seconda branca del trigemino la radice motrice, per mezzo dei piccolo petroso superficiale avrebbe fornito del pari la radice motrice al ganglio otico, e pertanto l'innervazione del muscolo palato-stafilino (azygos) e peristafilino interno (levator veli) fatto dal primo ganglio, quella del peristafilino esterno (tensor veli) fatta dal 2° provverrebbe originariamente sempre dal VII. Soltanto in riguardo al tensore, si ammise, che potesse essere innervato dalla terza branca del trigemino, perchè il ganglio otico riceve da essa qualche ramo afferente. Anche il glosso-stafilino sarebbe innervato dal VII per mezzo del suo ramo linguale, il solo faringo-stafilino innervato dai rami del plesso-faringeo lo sarebbe dal glosso-faringeo o vago, che al plesso concorrono.

In base a questi concetti anatomici la clinica aveva fondato

il classico elegantissimo schema per la distinzione della sede della lesione nelle paralisi periferiche del facciale.

Contro questi dati anatomici, la fisiologia interrogando successivamente il trigemino, il facciale, il glosso-faringeo, il vago e lo spinale, per opera specialmente di Volkmann, Hein, Rethi, Beevor ed Horsley, ha in questi ultimi tempi dimostrato, che il tensor veli è innervato dalla branca motrice del V, e che mentre il VII non ha nessuna parte nella innervazione del palato molle, vi concorre invece largamente il vago-spinale animando tutti i muscoli del palato all'infuori del suddetto tensore, e propriamente vi concorrono le sue radici superiori o bulbari, che annesse a torto allo spinale oggi giorno sono attribuite al vago come sue radici inferiori; e infatti ad esso appartengono, come dopo i lavori di Grabower è stato dimostrato.

La via, che queste radici seguono per giungere sino al palato, venne determinata dai lavori di Rethi. Esse riunitesi in un tronco si gittano nel ganglio plessiforme del vago e si dividono: una parte discende nel tronco del vago per andare poi a costituire i nervi laringei, un'altra parte traversa direttamente il ganglio e forma il nervo faringeo che sovente doppio o triplo si mescola a rami venuti dal glosso faringeo e dal simpatico e dà cosi origine al plesso faringeo.

A confortare queste ricerche fisiologiche contraddicenti così apertamente quelle anatomiche, esiste una serie di fatti clinici. Dapprima casi, in cui pur avendosi paralisi del facciale si è riscontrata integra la funzione del velo, quindi casi in cui si è osservata la paralisi del velo per lesione del nervo vago spinale; così nella sindrome di Avellis, in cui si ha emiplegia del velo ed emiplegia della laringe dello stesso lato e qualche volta anche paralisi del trapezio e dello sterno cleido-mastoideo; così nella sindrome di Jackson in cui si ha emiatrofia linguale e lesione corrispondente dell'ugola.

E del resto l'innervazione del palato dal VII era contraria al concetto della unità di funzione, che il velo del palato ha con la laringe e la faringe nell'atto della fonazione. E' nota in proposito la legge di Bert e Marcacci, di Geo e Ferrier, che ci mostra una sistematizzazione anatomica delle fibre nervose motrici, che si distribuiscono a gruppi muscolari funzionalmente sinergici.

Ma le conclusioni di questi studi recenti sono esse definitive?

La considerazione di alcuni casi clinici, quelli nei quali non si è riscontrato che la emiatrofia linguale e la lesione dell'u-

gola e del palato, di cui ho descritti due casi (1), uno con reperto anatomo-istologico del bulbo, mentre fanno con ragione pensare alla sola lesione del nucleo bulbare del XII, ci fanno ancora dubitare con Tooth e Turner, con Clarke e Bruce, che eventualmente le fibre che innervano il palato traggano la loro origine prima dall'ipoglosso. Anche Kock e Marie (2) si erano dimandati se « non potrebbe ammettersi con qualche apparenza di ragione, che la colonna stessa dell'ipoglosso eserciti una parte interessante nella innervazione dei muscoli del palato molle e della laringe, ipotesi resa verosimile da fatti clinici e di cui solo fatti anatomiei potrebbero dare la prova ».

Malgrado tutto questo, è strano che dell'ipoglosso non si faccia affatto menzione anche in lavori recentissimi, per esempio in quello di Lermoyez (3), in quello di Desvernine (4), in cui si conclude « che la motilità del velo e dei muscoli fonatori laringei è sotto la dipendenza dell'accessorio di Willis, quella del postico sotto la dipendenza dell'accessorio midollare ».

La possibilità, che l'ipoglosso innervi il velo, oltre che dedurla dalla considerazione di casi clinici, il mio per es. molto chiaro pel contemporaneo reperto anatomo-patologico, lo si può pensando alle intime relazioni del vago accessorio col nucleo del XII, sulle quali dopo i lavori di Van Gehuchten e più specialmente di Staderini non vi è ora mai più alcun dubbio, e riflettendo inoltre ai rami anastomotici, che il vago riceve nella sua porzione cervicale dal ricorrente e dall'ipoglosso, rami che (Trattato di Anatomia di Hyrtl, pag. 713) in prosieguo abbandonano il vago per gittarsi in parte nel glosso faringeo, in parte per formare i nervi faringei e laringei.

---

(1) Geronzi.—Su di un caso di emiatrofia linguale (Arch. Ital. di Otologia, etc. Vol. II. fasc. IV).

Geronzi. — Contributo allo studio della paralisi bulbare unilaterale: ricerche cliniche ed anatomiche (Rivista di Patol. nervosa e mentale. Vol. I. fasc. 6).

(2) Contribution a l'ètude de l'hemiatrophie de la langue. (Révue de médécine 1888).

(3) De la non ingérence du nerf facial dans la paralysie du voile du palais.

(4) Paralysie combinée du larynx et du voile du palais.—Étude sur l'innervation motrice du larynx et du pharynx. (Ann. des maladies de l'oreille etc. Giugno, 1891).

Questa possibilità viene anche ammessa da Mingazzini (1), il quale ha pubblicato un caso interessantissimo pel suo reperto istologico bulbare che viene in appoggio della ipotesi da me avanzata; egli inoltre soggiunge che le fibre efferenti (motorie) originanti da cellule del nucleo del XII e destinate a portarsi per mezzo del vago ai muscoli dell' arco glosso-palatino si troverebbero fra le fibrae suprareticulares che decorrono al di sopra della formatio reticularis

Dello stesso avviso è Biancone, che ha in via di pubblicazione (2) un caso di lesione periferica dell'ipoglosso, in cui clinicamente riscontrò oltre alla emiatrofia linguale, paresi ed atrofia dell'arco palatino corrispondente e anatomo-patologicamente atrofia del nucleo dell'ipoglosso e leggera atrofia delle fibrae suprareticulares e lieve riduzione delle radici del vago dello stesso lato.

Se la ipotesi, che l'ipoglosso innervi il palato molle fosse dimostrata, ciò sarebbe consono alla sunnominata legge di Geo e Marcacci; l' ugola nfatti, la lingua e la faringe presiedono evidentemente insieme alla funzione della fonazione articolata.

Considerata questa incertezza sulla innervazione della faringe e dell' istmo delle fauci, tutti i disturbi nervosi, che si osservano in clinica a loro carico, meritano sempre un' attenta considerazione; se riesce senza dubbio più utile e più proficuo lo studio dei casi di paralisi, non minore utilità scaturisce dallo studio dei casi di spasmo faringo-stafalino.

Lo spasmo tonico e clonico dell' ugola e della faringe occupa nei trattati un posto molto breve; esso è relativamente raro a riscontrarsi, tanto che in dieci anni di clinica non ne ho veduto che due soli, che appresso riferisco; il terzo lo debbo alla cortesia del prof. Mingazzini.

Vediamo brevemente i casi principali descritti nella letteratura. Molti di essi sono riferiti da otojatri, come Politzer che dice di averne osservati due, uno dei quali seguito da guarigione mediante l' elettricità galvanica (3), Holmes (4), Boeck (5),

---

(1) Osservazioni cliniche ed anatomiche sulla emiatrofia della lingua. (Arch. di Otologia, vol. IV. pag. 74).

(2) Nella rivista sperimentale di Freniatria. Anno 1901, fasc. III.

(3) Lehrbuch der Ohrenheilkunde 1882 Bd. 11 pag. 749.

(4) Zeitschr. f. Ohrenheilk. Bd. VIII, pag. 295

(5) Arch. f. Ohrenheilk. Bd. II. pag. 202.

Brunner (1), Svan M., Burnett (2), Bremer (3). Fra questi ho potuto riscontrare solo il caso di Boeck—Trattasi di un paziente di 20 anni che si lagna di rumore auricolare da molto tempo — il rumore sparisce per ore ed anche giorni, ma qualche volta specialmente di notte è così insistente, che lo sveglia e non gli fa più prendere sonno. Contemporaneamente al rumore si alza la laringe dai cui movimenti si può numerare la frequenza degli spasmi e si hanno anche continui innalzamenti ed abbassamenti isocroni del palato molle.

Il numero degli spasmi nell'unità di tempo non è sempre lo stesso; talvolta sono 3, tal'altra fin 70.

Alla rinoscopia posteriore si potè vedere esattamente un movimento del labbro posteriore dell' ostio tubario, che veniva alternativamente aperto e chiuso.

Scosse isolate del velo pendolo producenti un suono obbiettivo simile al tic tac di un piccolo orologio furon descritte da Williams (4); esse si ripetevano 120 volte al minuto e si potevano udire ad una notevole distanza, cessavano durante il sonno e si verificavano contemporaneamente a contrazioni cloniche del diaframma. Il primo inizio loro si era verificato dopo una violenta emozione

In un caso di Schech (5) si avevano del pari crampi del velo palatino producenti un suono scricchiolante speciale dovuto ai movimenti delle pareti tubariche contemporanei alla contrazione dei muscoli elevatore e tensore del palato, avevano la frequenza da 40 a 126 al minuto, ed erano prodotti in via riflessa da eccitazione del nervo etmoidale.

M. Rosenthal (6) del pari riferì un caso di contrazione isolata del velo producente suoni scricchiolanti, subbiettivamente percepiti ed anche obbiettivamente udibili. Oppenheim e Siemerling (7) videro in un caso di dilatazione aneurismatica dell'arteria vertebrale sinistra scosse ritmiche del velo.

---

(1) Zeitschr. f. Ohrenheilk Bd. X., pag. 175.

(2) Zeitschr. f. Ohrenheilk. Bd. IX., pag. 1.

(3) Monatsschr. f. Ohrenheilk. 1879, n. 10.

(4) Zeitschr. f. Ohrenheilk. 1884, pag. 99.

(5) Münchener medic. Woch. 1886, n. 22.

(6) Eulenburg' s Real Encykl. II. Aufl. VIII., pag. 386.

(7) Die acute Bulbärparalyse und die Pseudobulbarpar. in Charité Annalen, 1887. pag. 351.

Lo stesso Oppenheim (1) ha osservato movimenti convulsivi del palato insieme a crampi della musculatura laringea esterna in un malato di tumore cerebrale.

Urbantschitsch (2) descrisse scosse cloniche del tensore palatino in una ragazza qualche anno prima divenuta epilettica, consecutivamente ad uno spavento.

Küpper (3) pubblicò un caso di spasmo clonico del palato molle contemporaneo a contrazioni cloniche della faccia e del collo; Szenes (4) due casi simili, in uno dei quali ottenne la guarigione col massaggio dell'ostio faringeo.

Goldflam e Meyerson hanno (5) osservato il caso seguente. Giovane a 35 anni, ha rumore intermittente all'orecchio sinistro, che dura da qualche anno ed è udito dalle persone circostanti; tale rumore è simile allo scatto di due unghie, si verifica 80 a 100 volte al minuto, non è isocrono col polso. All'esame otoscopico si trova la membrana intorbidata, il triangolo luminoso striato; la membrana non offre alcun movimento durante il rumore. L'udito è alquanto diminuito. Ad ogni esplosione del rumore corrisponde una contrazione ritmica del palato molle, durante la quale l'ugola viene fortemente tirata in alto. Ogni terapia fu inutile.

M. Bond comunicò alla Società laringologica di Londra nel gennaio 1896 il caso seguente:—Uomo di 33 anni—all'esame della gola si scorge la parete posteriore della faringe animata da movimenti ritmici orizzontali a sinistra nello stesso tempo che il lato sinistro del palato molle viene tirato in alto, poi rilasciato. Non notasi alcun rumore nè obbiettivo, nè subbiettivo. La laringe è normale. E Lambert Lack nel gennaio 1898 illustrò alla stessa Società il caso di un giovane di 19 anni di temperamento nervoso affetto da rinite cronica, il quale presentava movimenti spasmodici nella parete posteriore della faringe, per cui questa era attirata a sinistra e rilasciata, nello stesso tempo che il velo eseguiva movimenti analoghi.

---

(1) Neurolog. Centralbl. 1887, n. 5.

(2) Handbuch der Ohrenheilk. Hrsg. v. Schwartze. 1892. Bd. 1 Allgemeine Symptomat. pag. 413-415.

(3) Arch. f. Ohrenheilk. Neue Folge 1893, Bd. 1. pag. 296.

(4) Monatsschr. f. Ohrenheilk. 1893, n. 10.

(5) Wiener mediz. Presse, 28 aprile 1895.

Avellis (1) ha osservato due malati, l'uno di 39 anni e l'altro di 17, entrambi neuropatici, che sentivano un rumore all' orecchio isocrono col polso, rumore obbiettivamente percepibile e accompagnantesi a contrazione del velo, dei pilastri e dell'ugola. In un caso il rumore era simile allo scatto di due unghie, nell'altro a quello della saliva che si tiri attraverso gli intervalli dentari allorchè la bocca è chiusa. Questo fenomeno essendo stato attribuito allo stiramento delle pareti tubariche per il muscolo tensore venne praticata la sezione di questo, ma l'effetto utile ne fu passeggero, perchè il rumore ricomparve dopo appena 20 ore di assenza.

Questo fatto, che il taglio del tensore non sia riuscito a guarire il rumore, sarebbe, secondo l' A., contrario alla teoria di Politzer, che ritiene come causa dei rumori obbiettivi soltanto la contrazione del tensore palatino, e bisognerebbe pertanto riprendere l' esperimento e studiare se pure l' elevatore non abbia la sua parte in questa manifestazione.

L'A. a confortare la sua opinione, che tale disturbo nervoso sia legato a condizioni di nervosità generale, e quindi non si avvantaggi da nessuna cura locale, accenna ad un caso di Kaufmann, che riguardava un giovane affetto da neurastenia ereditaria, in cui ogni eccitamento generale di qualunque natura aumentava la frequenza ed intensità del rumore, e ad un caso di Brandeis in cui trattavasi d'isteria.

E. Wagner (2) ha descritto un caso di clono unilaterale ritmico del palato molle in un individuo con sifilide costituzionale e paralisi della metà del corpo. Le contrazioni del palato molle non avevano luogo nella parte sana ma soltanto nella parte malata.

A. Peyser (3) illustrò un caso interessante per riguardo alla pretesa partecipazione del facciale nella innervazione del palato. Individuo con otite media purulenta cronica bilaterale operato già più volte e affetto da paresi facciale destra presentava crampi muscolari del muscolo palato-faringeo destro. L'A. per l'anamnesi e per tutte le circostanze di fatto conclude per una affezione periferica del facciale.

---

(1) Münch. med. Woch., 1898, pag. 522.

(2) Zenker und Ziemssen., VII p. 230.

(3) Berlin. klin. Woch., 1895, p. 937.

Scheinmann (1) riferì un caso di spasmo unilaterale della faringe e della laringe in un sifilitico, che dopo aver sofferto gomme della parete posteriore faringea guarite con ioduro di potassio presentò paresi leggera della metà destra del velo e contrazioni spasmodiche ritmiche, circa 160 al minuto, nella metà sinistra della faringe, per le quali il velo veniva attirato verso la linea mediana, mentre la parete posteriore faringea si spostava a sinistra e in alto: contemporaneamente la corda vocale sinistra eseguiva una serie di oscillazioni nel senso della abduzione, mentre la destra rimaneva nella sua posizione normale. Scheinmann pensa la malattia essere nel suo caso di origine centrale, e riconoscere come causa o una lesione apoplettica della corteccia cerebrale o condizioni irritative della midolla allungata.

Gerhardt contemporaneamente riferì di avere osservato un caso analogo—paralisi del nervo spinale destro con contrazioni spasmodiche nella metà destra del velo palatino e movimenti convulsivi di abduzione della corda vocale destra.

Bernhardt ha comunicato alla società medica di Berlino nel giugno 1898 il caso di una donna, nella quale si osservavano da 100 a 120 contrazioni ritmiche al minuto del palato, della base della lingua e del muscolo pellicciaio del collo accompagnate da un rumore analogo allo scatto di due unghie. Queste contrazioni non coesistevano con quelle del muscolo tensore del timpano.

Ostino (2) ha pubblicato un caso di spasmi clonici dei muscoli palatini con rumore obbiettivamente percepibile in un giovane di anni 26, neurastenico; il rumore si produce in entrambi i lati, è simile al tic-tac di un orologio, è isocrono col polso, cessa durante gli attacchi di corizza acuta, ai quali l'infermo va soggetto, cessa ancora con l'abbassamento della lingua e con uno sforzo di volontà. La malattia cominciò all'età di 14 anni.

Ultimamente Bastianelli (3) fece noto un caso di tumore gliomatoso della midolla allungata, in cui notavasi clinicamente lo spasmo clonico dell'ugola e dei muscoli esterni della laringe.

---

(1) Soc. di med. int. di Berlino; 18 giugno 1894.

(2) Arch. ital. di Otologia. Vol. X, 1900, pag. 26.

(3) Il caso sarà pubblicato nel Bollettino della R. Accademia medica di Roma.

Le storie cliniche seguenti si riferiscono ai casi da me osservati.

I.—Geltrude B. di anni 54 è stata bene sino al novembre del 1897. In seguito ad un intenso dispiacere incominciò a soffrire dolore alla spina dorsale ed al ventre, un senso di grave peso e tremore alle gambe, che qualche volta le impediva di stare in piedi. Fu durante l'inizio di queste sofferenze, che cominciò ad avvertire una sensazione stranissima, come di una grande colonna d'aria, che ad ogni inspirazione si precipitava per le sue narici dilatando lo stomaco, e questa sensazione era più specialmente riferita a sinistra. Questa « sensazione di grande aria »--tale è l'espressione usata dall'inferma — si diffondeva anche all'orecchio ed all'occhio producendo un senso di freschezza speciale. Contemporaneamente la malata avvertì una sensazione spasmodica speciale al capo ed alla spina, che non sa descrivere, sensazione che le fa sembrare di essere sempre sul punto di morire, e un rumore di scricchiolio all'orecchio simile al tic-tac di un orologio.

Nel marzo del 1898 ebbe a soffrire rumore come di caduta di acqua e diminuzione di udito all'orecchio sinistro, ma ne fu liberata con l'estrazione di un tampone ceruminoso.

Ha 3 figli viventi in buona salute; ha avuto 3 aborti verificatisi nel 3° o 4° mese di gravidanza. Il padre e la madre hanno sofferto di erpete forforaceo; entrambi sono di temperamento neuropatico; ed il padre è epilettico. Ha una sorella e un fratello; la prima non lascia mai la casa, perchè soffre pure di rumori all'orecchio, il secondo va soggetto ad attacchi di furor subitus ed ha più volte attentato ai suoi giorni.

All'esame obbiettivo trovansi condizioni generali discrete, — nessun disturbo di sensibilità e di motilità—organi toracici ed addominali sani. Avvicinandosi al naso della malata a circa 30 o 40 cm. di distanza si ode un rumore simile al tic-tac di un orologio da tasca nettissimamente percepibile e con timbro metallico. Praticando l'esame rinoscopico, notasi che la cavità nasale sinistra per deviazione del setto a destra è molto ampia, tanto che si fa comodamente l'isp zione della faringe, e si scorge bene la cupola formata dalla faccia superiore del palato molle e ad ogni esplosione del rumore si vede un sollevamento della parete posteriore della faringe. La mucosa di questa e della narice è di aspetto normale. La cavità nasale destra è più ristretta della sinistra, ma vi è libero il passo all'aria, e in nessun punto il setto tocca i cornetti. Facendo aprire la bocca, si vede l'u-

gola sollevarsi ritmicamente fino a toccare in alto la parete faringea. Contemporaneamente a questo sollevamento non corrisponde una aumentata tensione del palato molle, chè anzi esso sembra abnormalmente floscio, rilasciato. La parete posteriore faringea nel contempo subisce come un leggero movimento di ascensione in alto; le due pareti laterali si avvicinano, come se la faringe tutta insieme si contraesse restringendo il suo lume.

All'esame otoscopico trovasi la membrana timpanica completamente normale, e normale addimostrasi l'udito.

Praticando l'esame manometrico sul condotto uditivo, non riescesi a vedere alcuna escursione del liquido durante l'esplosione del rumore e la contrazione del palato, laondechè si può dedurne che non vi è alcuna contemporanea contrazione nè del tensore del timpano, nè dei muscoli tubarici, ciò che del resto anche al semplice esame otoscopico era stato constatato.

Il rumore auricolare e la contrazione del palato non sono continui, ma irregolarmente intermittenti; quando però si verificano sono ritmici e presentano una frequenza di 70-80 volte al minuto. Si verificano specialmente quando la malata tiene il capo rivolto in dietro o in qualche modo una posizione incomoda, e cessano con l'aprire largamente la bocca, mentre ricompaiono tenendola semiaperta.

L'esame psichico della malata fa rilevare la presenza di una idea delirante, la quale è evidentemente insorta sopra una falsa ed acritica interpretazione di un'abnorme percezione; la sensazione infatti di grande aria che dilata i polmoni ed il ventre, di vuoto nel cranio, l'osservare che esce continuamente sostanza cerebrale dal naso e che è penetrato verso questo il tabacco da fiuto, per quanto si voglia tener conto della nessuna coltura della paziente, rappresentano una spiegazione che non raggiunge la soglia della critica più elementare e quindi deve interpretarsi come un vero e proprio delirio ipocondriaco. Il quadro della psicosi è completato da lieve stato ansioso e dalla persuasione che la malata ha costantemente di dover morire ad ogni momento. Viene per qualche tempo applicata al palato molle l'elettricità galvanica e faradica, amministransi internamente bromuri, ricostituenti, ma inutilmente.

II. — Qualche tempo dopo la fatta osservazione, accedendo in casa della malata sono colpito dalla notizia che una figliuola, la maggiore, improvvisamente è stata colta dalla stessa ma-

lattia della madre. E difatti si può constatare lo stesso identico spasmo clonico dell'ugola, della parete faringea, e qualche volta anche spasmo clonico dei muscoli esterni terminanti alle cartilagini laringee e allo ioide. Ma però non si avverte alcun rumore.

La ragazza è indubbiamente una isterica, perchè presenta caratteristiche stigmate psichiche e sensoriali.

III — Giovanni G., possidente, di anni 54, di Chiusi, fu a 30 anni contagiato da lue, per la quale si è sempre curato. Alcuni anni or sono fu colpito da un accesso transitorio di afasia a carattere isterico. L'anno scorso senza causa apparente si accorse di un certo stringimento alla gola, costituito da ritmiche contrazioni della laringe, le quali l'obbligavano talvolta nel parlare ad esercitare uno sforzo maggiore per profferire le parole. Nessun altro disturbo.

All'esame obbiettivo trovansi normali tutti i movimenti volontari, i riflessi, gli sfinteri, la sensibilità generale ed i sensi specifici. Ottima la deglutizione. L'unica abnormità rilevabile è la seguente. Il palato molle e l' ugola vengono ritmicamente animati da scosse cloniche, per cui entrambi vengono sollevati; sincronamente alle scosse del palato si vede e si sente al tatto la laringe sollevarsi alquanto e così contrarsi energicamente la faringe. Non sono riuscito a sapere se tali scosse si verificano anche nel sonno. In generale due scosse si eseguiscono durante una battuta di polso; si può quindi calcolare in media 140 scosse al minuto primo.

***

Dallo studio dei casi surriferiti possiamo dedurre le seguenti considerazioni:

Nella etiologia dello spasmo clonico faringo-stafilino figurano cause svariate, fra le quali primeggia l'isterismo; il mio secondo caso è classicamente di natura isterica e dovuto a contagio imitativo.

Quasi sempre notasi uno stato neuropatico ben a ragione rilevato da Avellis e da altri, ed a questo riguardo è noto che le affezioni nervose del palato molle non sono rare nelle persone cosidette nervose e J. Garel (Arch. de Laryng., n. 3, 1897 ha messo in rilievo la non rara paresi intermittente nei neurastenici. Ma lo spasmo clonico faringo-stafilino si è riscontrato)

anche in casi di sifilide, di tumore cerebrale, di epilessia, di aneurisma dell' arteria vertebrale, in affezioni nasali e pertanto può aversi uno spasmo essenziale ed uno spasmo sintomatico, il primo di gran lunga più frequente del secondo.

Quando esso non è sintomatico ma essenziale, non è ordinariamente continuo ma irregolarmente intermittente, esordisce in maniera brusca, ed ogni eccitamento generale ne aumenta la frequenza e la intensità.

Il numero delle contrazioni nell'unità di tempo varia in limiti estesi anche nello stesso malato; da 40 a 160, così nel caso di Schech e di Boeck, ma in generale suole conservare un ritmo costante.

L'età in cui suole verificarsi è in generale l'età giovane, dai 16 ai 35 anni, ma non è raro più tardi. Per riguardo al sesso, non si può dir nulla di positivo, ma forse è altrettanto frequente negli uomini che nelle donne.

Lo spasmo clonico più frequentemente colpisce il solo palato molle; spesso contemporaneamente avviene uno spasmo della parete faringea, qualche volta dei muscoli esterni della laringe, raramente dei muscoli intrinseci della laringe, e molto più raramente ancora si nota l' associazione allo spasmo di muscoli più lontani.

Fra i sintomi determinati dalla malattia, dopo la constatazione facile obbiettiva delle escurzioni muscolari, il più molesto e il più frequente è il rumore subbiettivamente udito dal paziente e obbiettivamente udibile dal medico.

Da che cosa è determinato questo rumore? Politzer e Luschka, come è noto, ritengono che esso sia legato alla contrazione del tensor veli, il quale viene a ragione fin dai tempi di Valsalva ed anche oggi riguardato come muscolo addetto alla funzione della tromba.

Ammettendo tale spiegazione si potrebbe appunto pensare a spasmo del tensore allorchè interviene il rumore, e invece a spasmo dell'elevatore allorchè il rumore non c' è. Ma contro questa ipotesi sta il fatto, che Avellis ha visto continuare il rumore anche dopo il taglio del tensore, ciò che parrebbe dimostrativo se non si presentasse facile l'obbiezione, che molto probabilmente il taglio del tensore è stato fatto dopo la sua riflessione sull'apofisi pterigoidea, ed è quindi rimasta integra la sua porzione estendentesi dalla tromba all'apofisi e poi che si incontra una grande difficoltà a sezionare tutti i fasci muscolari del tensore.

Io penso che sia ragionevolmente attendibile quest'altra spiegazione del rumore.

Allorchè il palato molle si eleva per opera del suo muscolo elevatore, e forse anche in parte per opera del tensore, esso viene ad avvicinare la parete faringea posteriore ed a toccarla tanto più facilmente quanto più è pronunciata la sporgenza, che la parete faringea fa nel contempo per contrazione del suo costrittore superiore.

Il contatto si effettua con una certa energia e vengono così separate fra loro due cavità piene di aria; per esso il fenomeno sonoro si originerebbe nella stessa maniera come si può produrre accostando e disserrando rapidamente le labbra, e il timbro metallico che talora accompagna il rumore, nel mio primo caso nettissimo, troverebbe così la sua spiegazione semplicissima.

Che questo meccanismo del rumore intervenisse nel mio primo caso lo deduco anche da questa considerazione, che mentre dall'esame otoscopico non si avevano dati per ammettere lo spasmo del muscolo tubarico, erasi notato un'abnorme rilasciamento del velo, segno questo che il tensore, in luogo di trovarsi in eccesso di funzione, si trovava in difetto.

Ammettendo questa genesi del rumore, si spiegherebbe bene com'esso possa in alcuni casi mancare, perchè non sempre infatti il palato molle effettua un contatto intimo con la parete faringea. Si sa, che l'innalzamento del velo anche associato alla proiezione della parete posteriore e laterale posteriore della faringe non sempre realizza una occlusione completa del cavo come fa normalmente nella deglutizione, ma può determinarne una incompleta.

Non dando quindi valore alla presenza del rumore come segno di spasmo del tensore, è difficile determinare nel caso speciale se è il tensore oppure l'elevatore la causa dello spasmo del palato. Tenendo però presente la innervazione differente del tensore da quella degli altri muscoli dell'istmo delle fauci, si può ammettere, che il primo sia la causa dello spasmo, allorchè questo è limitato all'ugola; ma si dovrà ritenere colpito l'elevatore allorchè allo spasmo dell'ugola si unisce anche quello di altri muscoli del cavo faringeo, del costrittore, del glosso-stafilino, del faringo-stafilino, perchè questi hanno con esso comune la innervazione.

Nel primo caso si tratterebbe di uno stato irritativo del trigemino, nel 2° del vago spinale secondo i più, dell' ipoglosso secondo il mio modo di vedere.

L'intervento quasi costante dello spasmo della muscolatura faringea rende sempre più plausibile il concetto, che la sua innervazione motrice attinga alle stesse fonti di quella degli altri muscoli addetti alla fonazione articolata. I suoi muscoli costrittori hanno infatti una azione molta secondaria nell'altra funzione della faringe, la deglutizione, essendo dimostrato dalle esperienze fatte per avvalorare la teoria della deglutizione di Meltzer, che mentre la soppressione dell'azione dei costrittori faringei non abolisce la deglutizione, questa non si effettua per la sezione dei nervi milo-joidei forniti dal trigemino.

L'associazione allo spasmo dell'ugola di quello dei muscoli intrinseci della laringe, come nei casi di Schienmann, di Gerhardt, è consona ai casi di paralisi unilaterale della laringe e del velo, nei quali si ammette una contemporanea lesione dell'XI e del XII.

L'associazione di contrazioni cloniche nei muscoli della base della lingua notato in alcuni casi, p. es. in quello di Bernhardt, nei muscoli sottojoidei come nel caso di Oppenheim, di Boeck e nel mio 3° sarebbe facilmente spiegabile, ove fosse vera la ipotesi, che sia l'ipoglosso come dice Hyrtl, che nel collo lascia staccare dalla sua ansa rami nervosi pei muscoli depressori dello joide e della laringe.

Ma siccome Volkmann eccitando l'origine dell'ipoglosso non ottenne alcuna contrazione in questi muscoli, mentre l'ottenne con l'eccitazione dei primi nervi cervicali, ed Holl pure venne alla conclusione che i primi nervi cervicali si addossano semplicemente all'ansa dell'ipoglosso per poi portarsi ai muscoli in questione, bisogna di necessità fino a prova contraria ammettere uno stato irritativo dei primi nervi cervicali, le cui colonne bulbari d'origine sono del resto in continuazione con quella d'origine del XII.

Così Biancone (1) in un caso di prossima pubblicazione, in cui notò atrofia della metà destra della lingua, dell'arco palatino e dei muscoli sottojoidei ammette contemporaneamente alla lesione dell'ipoglosso quella dei primi nervi cervicali.

Devesi però notare, che mentre è ben vero che in nessun caso di emiparalisi della lingua, della laringe e della faringe si fa menzione di lesione dei muscoli suddetti, non si può essere certi, che essa non possa essere passata inavvertita, perchè non ricercata e non evidente per sintomi manifesti.

---

(1) loc. cit.

Non mi intrattengo sul caso di Peyser, che sembrerebbe favorevole alla ipotesi della innervazione del velo per mezzo del facciale, perchè, dopo quanto fu detto, parmi non valga la pena di confutarlo.

In riguardo alla terapia usabile nello spasmo clonico faringostafilino, tenendoci alla forma funzionale, imperocchè nella sintomatica essa non richiede mai una cura diretta, dobbiam dire con Avellis che ogni cura locale può dirsi inutile. Non v'è che il caso di Szenes in cui si è ottenuta la guarigione col massaggio dell'ostio faringeo della tromba e quello di Politzer con la elettrizzazione galvanica.

In generale non va tentata che una cura generale, intesa a migliorare lo stato neuropatico del soggetto — col quale è quindi intimamente legato il giudizio prognostico per lo più riservato.

RIVISTA DI OPERE E GIORNALI

Ceraso dott. C. — *Le malattie oculari in rapporto a quelle delle cavità nasali.*

Col ripercuotersi non infrequente di molte malattie nasali e delle cavità attigue sull'organo della vista e col moltiplicarsi delle osservazioni di lesioni oculari di origine nasale, sì da formare già una ricca letteratura rino-oftalmologica, è venuto su anche l'interesse di fissare o rendere di pubblica ragione le conoscenze circa le relazioni esistenti fra la patologia delle cavità nasali e di quelle pneumatiche attigue con la patologia dell'occhio.

A simiglianza del tentativo fatto da alcuni all' estero, come Berger, Vinckler, Schmidt-Rimpler ed altri, da noi il dott. Ceraso, che è un distinto oculista, ha cercato di farne uno studio d' insieme; il tentativo ci pare riuscito.

Nei due volumi, che ha testè pubblicato, alle conoscenze nel doppio campo, oculistico e rinologico, sono aggiunte osservazioni anatomiche e cliniche. Con lo scopo da parte nostra, di farne una semplice e breve *nota bibliografica*, non possiamo che riassumere l' indice della materia trattata.

Nel 1° volume, di 200 e più pagine, nel quale si dà maggior risalto alle malattie oculari, sono studiati i rapporti anatomici, fisiologici, etiologici e patogenetici tra occhio e naso, i disturbi oculari riflessi di origine nasale ed il modo di riconoscerli, le complicanze oculari nelle malattie esterne del naso, delle cavità nasali e del cavo naso-faringeo, i disturbi oculari consecutivi alle operazioni intranasali, le vie di propagazione delle infezioni rino-oftalmiche, le trombo-flebiti settiche dell'orbita associate a trombo-sinusiti cerebrali, ecc. ecc. In fine sono accennate alcune norme terapeutiche da seguirsi nelle malattie del naso e cavo naso-faringeo con complicazioni oculari.

Nel 2° volume, di circa 560 pagine, sono presi maggiormente di mira i seni cranio-cefalici, che sono studiati dal lato anatomico, patologico, clinico e terapeutico: studio che interessa in genere, come si sa, il rinologo, ed è preceduto anche dalle generalità di tecnica operativa sul cadavere. Sono studiate, poi, le complicazioni orbito-oculari e cerebrali nelle sinusiti; sono considerati i momenti etiologici e patogenetici di quest'ultime complicazioni con i relativi aspetti oftalmoscopici del fondo oculare.

Nella parte terapeutica è esposta quasi tutta la chirurgia dei seni.

Non ultima lode va tributata alla solerte Casa editrice (Unione Tipografico-Editrice — Torino) per l'eleganza dei due volumi (che fanno parte di quelli della *Piccola Biblioteca Medica*, però della serie delle opere originali) e per le belle illustrazioni.

In complesso, un lavoro di precisione che fa molto onore all'autore, anche perchè mostra la diligenza con la quale ha saputo utilizzare la larga letteratura sparsa in molte monografie, scritte in lingue diverse e non sempre accessibili a tutti.

MOURE prof. E. J. — *Ascessi tonsillari e peritonsillari. Diagnosi e cura (Abcès amygdaliens et peri-amygdaliens. Diagnostic et traitement*).

È tenuto parola principalmente degli *ascessi peritonsillari* e dei relativi *sintomi obbiettivi*, perchè questi, in confronto di quelli subbiettivi e funzionali, sono stati, secondo Moure, meno bene accertati e descritti.

Gli ascessi intratonsillari sono poco nominati, perchè ben noti a tutti; però l'A. può constatare il fatto, che se, nei primi tre o quattro giorni, al gonfiore pronunziatissimo della glandola, al rossore più o meno vivo e diffuso della sua superficie, sopravviene una infiltrazione edematosa del pilastro anteriore o posteriore, ciò è segno che la collezione purulenta ha sorpassato il limite del parenchima tonsillare ed invaso il tessuto cellulare che lo circonda.

Moure crede dividere gli *ascessi peritonsillari* secondo la localizzazione precisa dell'infezione, in: *antero-superiori, posteriori* ed *esterni* od anche *inferiori*.

Ascesso peritonsillare antero-superiore — Lo riconosce anche il più frequente, corrispondente all' ascesso classico della dietro-bocca, ma ai segni ben noti e descritti dagli autori aggiunge i seguenti: infiltrazione e tumefazione della porzione antero-superiore del velo, ricalcamento della tonsilla in dietro, in basso e in dentro, edema del pilastro anteriore e dell' ugola dal lato malato, immobilizzazione precoce del velo, ed in qualche caso, possibilità di percepire la fluttuazione, alla fine. Sono ricordati, poi, i noti sintomi subbiettivi e funzionali del periodo suppurativo.

Ascesso peritonsillare posteriore — Lo dice non raro, avendolo visto 12 volte su 46 casi formarsi del tutto in dietro, nel cellulare peritonsillare posteriore, cioè nello spessore stesso del pilastro corrispondente. Questo si presenta, allora, di forma arrotondita, a sanguinaccio, a superficie liscia, ricalcante innanzi la tonsilla, la quale è appena arrossita. Rapidamente, al più in 3 o 4 giorni, l'infiltrazione, ingrossando, guadagna la superficie posteriore del velo e dell'ugola, mentre il pilastro anteriore resta sano. Questo ascesso per altro, dice l'A., abbandonato a se stesso finisce per diffondersi a tutta la loggia tonsillare, cioè per terminare come un ascesso antero-superiore.

Ascesso peritonsillare esterno.—Questo è, anche per l'A., la forma più rara,

per quanto più grave. Presto appaiono i sintomi esterni: tumefazione ganglionare, immobilizzazione precoce del collo, contrattura della mascella. Obbiettivamente può constatarsi a principio che la tonsilla, più che rossa ed infiammata, è solamente spinta in dentro per la tumefazione della parete esterna. Il pilastro posteriore è talvolta un po' edematoso, ma in generale i pilastri sono pallidi e scolorati e giammai colpiti da quella notevole infiltrazione che si vede nell'ascesso peritonsillare della regione relativa. Il velo e l'ugola rimangono per lo più intatti, salvo nel periodo terminale. Il toccamento della gola e la palpazione esterna sono dolorosi. Questa forma è spesso confusa con l'*ascesso latero-faringeo*, col quale può fondersi, qualora venga a rompersi l'aponevrosi faringea, che separa questa parte della gola dalla regione del collo propriamente detta. Ciò che fa distinguere l'ascesso peritonsillare in genere, è che esso, presto o tardi, si apre sempre nella bocca; e da qui deriva anche il precetto di rintracciare il pus sempre da questa via.

Avendo l' A. così stabilito la diagnosi delle differenti forme, su di queste modella il *trattamento curativo*. Anche egli crede che i mezzi *abortivi* proposti raramente riescano; invece ammette l'intervento precoce, cioè nei primi tre o quattro giorni da che la diagnosi di ascesso peritonsillare è stabilita. Per suo conto, in questo *periodo* di grande vascolarizzazione dei tessuti della gola, non preferisce il bisturi o il trequarti, temendo qualche grave complicanza, fra cui l'emorragia, salvo il caso che l'ascesso, già bello e formato, stia per aprirsi spontaneamente. Egli, invece, adopera il galvano cauterio, potendo con esso fare, per così dire, delle *incisioni* incruente, profonde, e solo al bisogno completare l'apertura con la sonda scannellata. Altri vantaggi che assegna al galvano-cauterio, sono: di essere asettico, quasi indolente e di agire tanto sollecitamente quanto il bisturi. Tuttavia, quando occorra, anestesizza la parte con soluzione di cocaina ad 1[5 o meglio col liquido di Bonain, che risulta di idroclorato di cocaina, mentolo ed acido fenico a parti eguali.

Ecco come Moure procede:

1.° *L'ascesso è intratonsillare.* Egli infigge il coltello galvanico nella spessezza della tonsilla, verso la parte media della glandola, da avanti in dietro e da dentro in fuori, per dare esito al pus; oppure divide il tessuto tonsillare in due parti.

Il seguito dell'operazione è pressochè nullo, rimanendo l' infermo rapidamente sollevato, e presto guarisce.

2.° *L' ascesso è antero-superiore, la diagnosi è stata precoce.* Anestesizza dapprima la regione. Il punto su cui agisce è situato alla parte antero-superiore della loggia tonsillare, ad 1 o 2 centimetri in fuori del bordo interno del pilastro anteriore ed al disopra della fossetta sopratonsillare; infigge la lama del galvano non solo da avanti in dietro, come quasi tutti raccomandano, ma anche da dentro in fuori, cioè dirigendosi

obliquamente verso la parete esterna della loggia. Attraversa così il velo in tutta la spessezza, per circa 1 cent. e 1|2 a 2 secondo il grado d' infiltrazione, poi si spinge più profondamente nel tessuto cellulare peritonsillare. È raro che non raggiunga la collezione purulenta; se ciò avviene, egli si dà a manovrare con la sonda scannellata, per lacerare le parti vicine alla glandola, e, nella evenienza lontana di una emorragia, tampona con la garza al iodoformio la cavità scavata nel velo palatino.

3.° *L'ascesso è peritonsillare posteriore*. Penetra immediatamente indietro della tonsilla, nello spessore stesso del pilastro, portandosi egualmente d'avanti in dietro ed obliquamente verso la regione esterna. Fa corrispondere l'incisione al 3° superiore della tonsilla, approfondendola per $^1/_2$ ad un centimetro, ed è sicuro di raggiungere e vuotare la cavità ascessoide.

4.° *L'ascesso è peritonsillare esterno*. L'intervento qui, dice l' A., è meno facile. Egli suole attraversare tutto lo spessore della glandola verso il 3° superiore, indi, dirigendo il coltello galvanico obliquamente in fuori, va verso la parete esterna fino in fondo alla loggia, cioè per 2 $^1/_2$ ed anche per 3 centimetri.

Se non trovapus, crede prudentedi non insistere, ed invece adopera la sonda scannellata; se anche questa manovra non conduce fuori il pus, si arma di aspettativa, giacchè ha visto spessissimo che nella stessa giornata, o al più 24 ore dopo, l'ascesso si vuota. Una volta ciò avvenuto, l'A. prescrive gargarismi emollienti e detersivi; dopo 24 o 48 ore, tratta il cavo ascessoide con antisettici ed astringenti (cloruro di zinco ad $^1/_{30}$); ed anche dopo guarito, non lascia l'organo senza altre pratiche profilattiche, a seconda dei casi (slittamento, spezzettamento delle tonsille, ecc).

Ecco per sommi capi e fedelmente il lavoro del prof. Moure, che è importante sotto varii punti di vista. Ma se ci è permesso di dire una parola su quello che è forse il più importante, cioè circa le tre sedi particolari degli ascessi peritonsillari da lui ammesse, noi dobbiamo confessare che non è sempre facile precisarlo, specialmente nei primi 3 o 4 giorni di malattia, tempo utile assegnato dall' A., per la diagnosi *precoce*.

Inoltre crediamo meno rari ancora, e di minore entità di quello che ammette il Moure, gli ascessi cosidetti *posteriori* dallo stesso autore, tanto che non vediamo il bisogno di stabilirne una classifica; ed egualmente crediamo rari gli ascessi cosidetti *peritonsillari esterni*, per la facilità o possibilità, ammessa dallo stesso A., di vederli trasformare in *ascessi antero-superiori*, cioè nella *forma classica*.

Dopo ciò, s'intende, noi attribuiamo tutta l' importanza *pratica* a quest'ultima forma di ascesso peritonsillare, ed evitiamo di formulara classifiche, le quali non avrebbero ragione di essere, se non a scopo scolastico.

Del resto, questa nostra veduta pratica trova riconferma nei dati anato-

mici antichi, ma recentemente meglio apprezzati, sulla *fossetta sopratonsillare*, la quale avrebbe rapporti più intimi ed estesi, di quelli finora ammessi, con tutta la loggia tonsillare. Di qui trova la ragione, come metodo di elezione, quello proposto da Killian, il quale apre gli ascessi peritonsillari in genere con la *sonda*, che introduce per la via del cosidetto *ilo* dell'amigdala fin presso la regione dell'ascesso. E di qui è anche spiegata la preferenza che pure il nostro prof. Massei, sono già alcuni anni, dà a questo metodo, col quale avviene ben di rado che non gli riesca d'aprire gli ascessi peritonsillari in genere, invece che col bisturi.

BOTEY dott. R. — *Echi clinici di oto rino-laringologia* (*Hechos clinicos de Oto-rino-laringologia*).

È un volume di 250 pagine (Barcellona, 1901), in cui sono esposte le osservazioni cliniche di 64 casi, i più degni di menzione fra 12 mila infermi di orecchio, naso e gola, osservati durante gli ultimi 10 anni. L'A. si è astenuto di aggiungerne altri, sia perchè hanno formato oggetto di lavori precedenti di natura differente, sia per non ripetere quelli somiglianti.

L'A. stesso, poi, ci fa sapere, che giammai si era occupato di questi casi rari o almeno degni di essere pubblicati, perchè nei primi cinque anni di esercizio da specialista non poteva avere gran dimestichezza con le note cliniche che prendeva.

Invero, dal 1885 al 1890 registrò rigorosamente tutti gl'infermi che osservava. Allora la sua esperienza era quella di un principiante, che si andò formando con lo studio degli autori e con le centinaia d'infermi che si affidavano a lui per il solo qualificativo, che si dava, di oto-rino-laringologo. Ma, essendosi recato ad apprendere queste specialità a fianco dei grandi maestri stranieri, si è accorto che le opinioni, alle quali aveva dato poca importanza, conservavano valore.

A parte la storia di origine di questo libro, noi possiamo dire che i casi clinici, riferiti, sono non solo bene osservati, ma seguiti da opportune considerazioni, che non escono dai limiti della parte storica.

TRIFILETTI

BOTEY dott. R. — *Studi clinici sulla laringologia, la otologia e la rinologia* (*Estudios clinicos sobre Laringologia, Otologia y Rinologia*).

In questo 2° volume, il Botey fa la storia di codeste specialità, in Ispagna; egli cioè si occupa della pratica e dell'insegnamento di queste branche, sul finire del secolo XIX (1891-1900), proseguendone la disamina nel suo paese natale (il 1° fascicolo di questo 2° volume, sebbene di pagine 304, non si occupa che di Madrid e delle Provincie).

Merito principale dell'autore (dopo quello indiscutibile del coraggio col

quale ha tentato la difficile prova) è quello di far tralucere, di ciascuna scuola, di ciascun esercente od insegnante, l'indirizzo, la pratica, la cultura. Ond'è che questa storia moderna di un capitolo cotanto interessante della Patologia, acquista il valore di una critica comparata, spassionata sempre, sempre dilettevole ed istruttiva.

E se i cultori speciali ne restano entusiasmati alla lettura, assistendo ai progressi ed al cammino di queste specialità, il clinico generico non si sente meno attratto dalla narrazione di una lunga pagina, che porta l'impronta del forte volere umano.

Questa opera del Botey è un documento prezioso per la storia della Medicina e noi ne attendiamo la fine con ansia e premura.

MASSEI

AVELLIS dott. G.—*Su di una specie di emottisi tracheale* (*Ueber eine Art trachealer Haemoptöe*).

Nell'ottava riunione dei Laringologi tenuta ultimamente in Heidelberg, il dottor Avellis ha fatto una importante comunicazione su emorragie provvenienti dalla trachea, ed ha finito per riportarle a varici del tratto iniziale della trachea.

Un uomo a 40 anni, sano, abituato a vivere all'aria libera, padre di prole sana, sofferente soltanto di catarro gastrico, da sei settimane (in seguito a lunga escursione ciclistica) la mattina nello svegliarsi cacciava costantemente, con poca tosse, grumi di sangue senza spuma, per 1-2 ore, sangue che nei conati ulteriori diveniva più chiaro.

Avellis esamina attentamente gola e naso, ma nulla vi trova e non riesce ad acquistare una idea chiara del punto donde provviene il sangue. Il quale, una volta, emesso in maggior quantità, allarma l'infermo, onde consulta un altro medico, che ritenne partisse dai pulmoni e consigliò una rigorosa igiene, ciò che non fece se non impensierire di più il paziente e renderlo, da nevrastenico, ipocondriaco addirittura.

Egli narra che, in seguito ad uno sforzo, ebbe un vivace dolore nell'ipocondrio destro 14 anni fa, e d'allora soffriva di coprostasi abituale, di emorroidi, talora fluenti, ed era obbligato a forti pressioni per defecare.

Pensando, quindi, ad una stasi venosa, specialmente là ove in seguito alla chiusura della glottide per lo sforzo, segue, nell' inspirazione, quasi un'aspirazione dell'aria, Avellis si dette ad esaminare diligentemente la mucosa del tratto iniziale della trachea e potette constatare *varici* verso la porzione anteriore della trachea, che egli, come Kiesselbach ha fatto per le epistassi designando il tratto anteriore del setto cartilagineo, segnala come punto di predilezione di una emoftoe tracheale. E si convinse che di realmente partiva il sangue nel suo infermo, dopo che, una mattina, nel

momento della emorragia, quegli si recò da lui a bella posta e potette col laringoscopio scoprire il punto da cui gemeva.

Le ricerche bibliografiche alle quali si è dato l' A. in seguito a questa osservazione, hanno semprepiù dimostrato il silenzio che ha regnato su questo argomento: la stessa letteratura tedesca è quasi muta, e con speciale riguardo è riferito un mio lavoro sul *cronico catarro tracheale emorragico* (1898) ed un altro del prof. Pisenti, di Perugia, sullo stesso argomento. Epperò Avellis conchiude col confermare il punto di origine di queste emorragie e col dire che una denominazione più esatta di quella da me data, è la sua, cioè: *varici tracheali sanguinanti* (*blutende Trachealvaricen*), perchè egli nel suo caso, non riscontrò segni di catarro, nè questi erano stati da me rilevati nelle osservazioni a proposito delle quali io scrissi quella nota.

Ora, mentre sento il dovere di ringraziare l'egregio collega per la deferenza con la quale ha citato il mio lavoro, ho pure quello di aggiungere poche parole di chiarimento, le quali più che a noi, italiani, potranno servire ai colleghi esteri che non hanno contezza di quel mio lavoretto.

Convengo anch' io che l'unico caso descritto da Avellis sia di *varici tracheali*; ma da questo a dire che i moltissimi miei non erano di *catarro tracheale* accompagnato da emoftoe, ci corre. Basta rileggere quelle poche pagine: io parlo, oltre al senso di vellicchio nel giugulo, della tosse e dei suoi caratteri; io accenno ai facili riacutizzamenti che riproducono la emorragia, e devo qui soggiungere che le figure da me riportate riguardano la distribuzione dei vasi varicosi, non lo stato della mucosa, che ho riscontrato, sempre, più o meno vivamente congesta.

Io ho parlato della facilità con la quale il catarro avviene in quel punto da me trovato in fallo, e son lieto che mi trovi pienamente d'accordo col collega Avellis nel riconoscere che la regione ove si notano più spesso queste varici, sia precisamente il tratto più angusto dell' aspera arteria. Avellis dà molta importanza all' aria inspirata (aspirata con forza, dice egli, dopo la chiusura del glottide); io, alla corrente di aria espirata; ma tranne questo, tutti e due riconosciamo che è lì ove la diuturna e cresciuta pressione esercita la sua malefica influenza, rilasciando le pareti vasali, che bisogna cercare la fonte di parecchie emorragie. Io aggiunsi allora ed accentuo ora, che normalmente è proprio lì che si trova una rete venosa più sviluppata del rimanente tratto della mucosa. Ora, che queste vene, sotto la semplice azione di continui sforzi espiratorii, possano divenir varicose, senza note di catarro, è cosa che nessuno potrà mai negare; ma che le varici (una volta formate dietro le cause rilevate od altre) possano determinare un catarro in quel posto, il quale assume forma *emorragica*, specie quando si riacutizza, è un altro dato di fatto che nè Avellis, nè nessun patologo potrà mai negare. Se il bravo collega crede, quindi, che sia più giusto bollare il suo caso col nome di *varici tracheali sanguinanti*, io non trovo ragioni per non chiamare altrettanti *catarri tracheali emor-*

ragici i miei, e sarà facile metterci d'accordo, ammettendo io, che vi sian *varici sanguinanti della trachea*, *senza catarro*, ed Avellis *catarri tracheali emorragici* d'incontrasta ed incontrastabile natura.

Non posso terminare senza informare chi legge (vistane l'importanza), che nel caso narrato, Avellis ottenne una temporanea guarigione portando sul sito (previa cocainizzazione) un piccolo cristallo di acido cromico fuso all'estremità di una sonda.

MASSEI

VARIA

Atti del Quinto Congresso della Società Italiana di Laringologia Otologia e Rinologia

Sono stati pubblicati (essendo anche a noi pervenuti) gli *Atti del quinto Congresso della Società Italiana di Laringologia, Otologia e Rinologia*, per cura del presidente prof. Giulio Masini (Empoli, 1901, Traversari editore, L. 6).

Con tanto maggior piacere ne diamo l'avviso, in quanto che la Riunione, come si sa, ebbe luogo in Napoli (aprile 1900), con non poca nostra iniziativa, come pure con non pochi nostri sforzi per farla riuscire, come riuscì, degna della Città e dei colleghi ospitati.

A parte ciò, questi Atti contengono, oltre al resoconto parlamentare delle sedute, ai discorsi d'inaugurazione e di chiusura, alla seduta di elezione del Consiglio direttivo, ecc., le Relazioni sul tema preposto : *Tubercolosi delle prime vie del respiro e dell'orecchio*, divise per tre relatori; nonchè tutte le *comunicazioni* riferentisi al medesimo argomento, ed infine un numero di altre comunicazioni su temi vari.

È superfluo aggiungere che il tutto forma un bel volume ordinato e corretto, che fa onore a chi ha provveduto alla sua stampa.

***

I. Congresso Egiziano di Medicina, sotto l' alto patronato del Kedivé

Dal 10 al 14 dicembre del 1902 sarà tenuto al Cairo il I Congresso medico egiziano, nel quale verranno discusse a preferenza le malattie che infieriscono soprattutto in Egitto, quali la *Bilharzia*, l' *Anchilostoma* , la febbre biliosa, gli ascessi del fegato, ecc. Inoltre verranno esaminate le questioni relative alle epidemie che da qualche tempo colpiscono quasi ogni anno l' Egitto, nonchè le rispettive misure profilattiche, l'importanza delle quarantene, ecc.

Il programma definitivo dei lavori, delle facilitazioni e delle riduzioni di spese del viaggio da accordare ai congressisti, sarà portato a conoscenza del pubblico.

Quello preliminare (che noi riportiamo, vistane la speciale importanza) è il seguente:

Relazioni e communicazioni iscritte

Ascesso del fegato	dott. Cartoulis	
	» Voronoff	
		dott. Colloridi
		» Comanos Pacha
		» Legrand
Alcoolismo e suoi progressi in Egitto -	dott. de Becker	
Anchilostoma duodenale	» Loos	
	» Ruffer	
		dott. Sandwith
Bilharzia-haematobia	dott. Goebel	
	» Morrison	
		dott. Colloridi
		» H. Milton
		» Trekaki
Cardiopatie in Egitto	dott. de Semo	
Dissenteria	» Cartoulis	
Epidemie in Egitto	» Hess Bey	
Profilassi e mezzi di combatterle	» Bitter	
		dott. Engel Bey
		» Crendiropoulo
Febbre biliosa	dott. Valassopoulo	
Febbri palustri	» Dreyer	
	» Fornari	
Filaridiasi in Egitto	» Madden	
Follia da Haschisch	» Warnock	
Granulazioni congiuntivali egiziache	» Elouy Bey	
		dott. Sameh Bey
		» Lakah
Frequenza dell'idrocele in Egitto e sua cura	dott. Colloridi	
La medicina presso gli arabi	» Eïd	
Mixedema in Egitto	» Brossard	
Ottalmia Egiziaca	» Démétriades	
	» Voilas	
		dott. Sameh Bey
Peste	dott. Gotschlich	
Tubercolosi in Egitto	» Ibrahim Pascià Hassan	
		dott. Eid
		» Sandwith

***

Il nuovo regolamento per gli esami di medicina in Germania

È stato emanato, in Germania, al 28 maggio di quest'anno, un nuovo regolamento sugli esami di medicina. Esso apporta profonde modificazioni, non soltanto negli studi preparatorii (liceali), ma anche in quelli universitarii e post-universitari. In fatti, il nuovo regolamento prescrive che, immediatamente dopo gli esami di laurea in medicina, si è tenuti assolutamente a fare il cosidetto « anno di pratica », frequentare una clinica od una policlinica universitaria tedesca, oppure un ospedale tedesco autorizzato *ad hoc*, ed ivi, sotto la guida e l'occhio vigile del direttore, o del rispettivo medico-capo del comparto, dedicarsi alla pratica. Per lo meno un terzo dell'« anno pratico », deve essere rivolto a preferenza a studiare la cura delle malattie interne.

Tralasciando di riportare integralmente tutte le modificazioni del nuovo regolamento, ci limitiamo ad esporre la parte che concerne la nostra specialità.

Prima di presentarsi all'esame che lo abiliti ad esercitare la pratica, il candidato deve dimostrare che: 1) abbia frequentato regolarmente (almeno per due semestri) la clinica medica, chirurgica od ostetrica, e che abbia praticato quattro parti in presenza del suo professore o dell'assistente della clinica ostetrica; 2) che per un semestre abbia frequentato la clinica oculistica, la policlinica e la clinica pediatrica, la clinica psichiatrica, nonchè le cliniche o policliniche *rino-laringojatriche*, otoiatriche e dermo-sifilopatiche; che sia addestrato alla tecnica della vaccinazione e conosca il modo come ottenere e conservare la linfa vaccinica; 2) che abbia regolarmente assistito al corso di anatomia topografica, farmacologia e medicina legale.

Nel comma 32 dello stesso regolamento, riguardo agli esami è detto che, quello per l'abilitamento alla pratica medica, deve includere pure la diagnosi e la cura delle malattie della gola e del naso, nonchè l'uso del laringoscopio. Ed il comma 39 prescrive che da parte della Facoltà medica, *l'esame delle malattie della gola e del naso sia raggruppato con quello della sezione chirurgica*, laddove l'esame in otoiatria può esserlo con quello dermosifilopatico.

È evidente che con questa ordinanza, la *laringologia* è stata riconosciuta come una *disciplina la cui importanza è pari a quella delle altre specialità*, e che *deve* essere assolutamente conosciuta dal medico pratico. Non si impone di assistere ad un corso di laringologia, ma di frequentare una *clinica* o *policlinica* laringologica. Data questa disposizione di legge, è inevitabile che in *tutte* le università tedesche vengano create cliniche e policliniche laringologiche, le quali saranno dirette da professori «straordinari». Va da

sè che quello al quale sarà affidato l' insegnamento della laringologia in un grande ospedale concorrerà alla cattedra di laringologia ed alla direzione della clinica laringologica universitaria, tostochè queste saranno state create.

Il direttore della clinica laringologica può *de jure* ricusare di rilasciare all' esaminando il certificato di « assiduità e diligenza », se questi non abbia frequentato regolarmente la sua clinica, e non abbia dimostrato, durante il corso, che ne traeva profitto. Questa disposizione di legge è eccellente, perchè dà una solida garenzia che il candidato alla pratica medica ha studiato con serietà e zelo la rino-laringologia. D' altro lato, con questa savia misura si ottiene pure il lodevole risultato che, essendo egli in possesso di sufficienti conoscenze rino-laringoloiatriche, non sarà bocciato agli esami per deficienza di nozioni teoretiche e pratiche in questa specialità, qualunque sia l'esaminatore, un professore di medicina interna o di chirurgia.

***

La solerte Compagnia Editrice Londinese Rebman (*The Rebman Publishing Company, Limited*) ha publicata la seconda edizione di quella preziosa Guida che comprende i *Laringologi* e gli *Otologi* di tutto il mondo, sempre per cura del Dott. **Riccardo Lake.**

Questa 2ª edizione, più corretta della 1ª, costa 5 Scellini, pari a L. 6,25 e si vende dalla soprannominata Ditta, a Londra,

129, Shaftesbury Avenue
Cambridge Circus, W. C.

LIBRI VENUTI IN DONO

GERBER prof. P. H. — Beiträge sur Kenntnis der Lepra der oberen Luft wege. Berlin, 1901.

BOTEY dott. R.—Hechos clínicos de Oto-rino-laringologia. Barcellona, 1901.

POLI dott. C. — I progressi della Otologia nel secolo XIX. Genova, 1901.

— Sopra un segno tracheoscopico dei corpi stranieri nell'esofago. Genova, 1901.

AVELLIS dott. G.—Uber eine Art trachealer Haemoptoë. Frankfurt, 1901.

GLEITSMANN dott. J. W. — Primary pharyngeal and laryngeal tuberculosis. Two cases cured. New-York, 1901.

CERASO dott. C. — Le malattie oculari in rapporto a quelle delle cavità nasali. Torino, 1901. Vol. due.

D'AJUTOLO dott. G. — Su di una particolare sede di trasudamento sanguigno intrabuccale. Firenze, 1901.

— Ancora della cifosi e della lordosi sternale. Bologna, 1901.

BARADAT dott. — Tuberculose et Serumsantitoxiques. Londra, 1901.

RAJA dott. G.—Le malattie oculari in rapporto alle malattie delle cavità nasali e dei seni della faccia e del cranio. Napoli, 1901.

LAZZARO dott. C. e TRAINA dott. V.—Studio comparativo tra la cocaina naturale e la cocaina artificiale. Palermo, 1901.

NARDI dott. J. — Sulla efficacia della cataforesi iodica nella cura della ipertrofia della glandola tiroide. Napoli, 1901.

La Redazione ringrazia sentitamente i cortesi donatori.

Indice dei lavori originali

G. Prota — Fibroma della tonsilla . . . . pag. 1
G. Martuscelli — Angioma papillomatoso ed angioma semplice delle tonsille palatine . . . . » 10
L. Citelli — Studio sulla struttura della mucosa laringea nell'uomo . . . . » 15
G. Prota — Su due casi di carcinoma delle cellule etmoidali » 69
G. Prota — Tumori maligni delle tonsille . . . . » 97
F. Egidi — I progressi dell' intubazione laringea da Bouchut ad oggi . . . . , ... » 115
A. Trifiletti — Rendiconto degli anni scolastici 1899 - 1900 e 1900 1901 (Anni XIX e XX d'Insegnamento) . .
G. Martuscelli e **G. Prota** — Ricerche sperimentali ed istologiche sulla asfissia rapida per annegamento, con speciale riguardo alle prime vie respiratorie e dell' orecchio . . . . » 152
G. Goronzi — Sugli spasmi clonici faringo-stafilini, con contributo allo studio della innervazione del velo . . . » 173

Indice alfabetico degli autori dei lavori originali

L. Citelli — Studio della struttura della mucosa laringea nell'uomo . . . . pag. 15
F. Egidi — I progressi dell'intubazione laringea da Bouchut ad oggi . . . . » 115
G. Geronzi — Sugli spasmi clonici faringo-stafilini, con contributo allo studio della innervazione del velo . . . » 173
G. Martuscelli — Angioma papillomatoso ed angioma semplice delle tonsille palatine . . . . » 10
G. Martuscelli e **G. Prota** — Ricerche sperimentali ed istologiche sulla asfissia rapida per annegamento, con speciale riguardo alle prime vie respiratorie e dell'orecchio . . . . » 152
G. Prota — Fibroma della tonsilla . . . . » 1
» — Su due casi di carcinoma delle cellule etmoidali » 69
» — Tumori maligni delle tonsille . . . . » 97
A. Trifiletti — Rendiconto degli anni scolastici 1899 1900 e 1900-1901 (Anno XIX e XX d'insegnamento) . . .

Rivista di Opere e Giornali

J. Newcomb — Le capsule soprarenali; alcune osservazioni sulla loro fisiologia e terapia, con speciale riguardo alla Rinologia . . . . pag. 48

Wadsworth Warren—L'applicazione efficace dell'estratto di capsule surrenali in Rinologia . . . . » 50

J. Mullen — Estratto acquoso delle capsule soprarenali e suoi usi in Chirurgia e Terapia . . . . » ivi

C. Biaggi — Della aprosexia nasale . . . . » 53

T. Flatau — Sopra due guarigioni radicali della rinite atrofica fetida con un nuovo metodo operativo . . . . » 54

Cholewa — Perchè recidivano i polipi nasali?. . . . . . » 56

P. H. Gerber — Doppio diafanoscopio per la illuminazione per trasparenza dei seni frontali . . . . » 58

F. Friedmann — Sull' importanza delle tonsille palatine di piccoli bambini, come porta di entrata per l'infezione tubercolare . . . . » 60

U. Melzi — Rendiconto statistico-clinico dell' Ambulanza Laringoiatrica del Pio Istituto di S. Corona dall' aprile 1899 a tutto marzo 1900 . . . . » 62

C. Chauveau — Faringe; anatomia e fisiologia . . . . . » 63

M. Letulle — Angina di Vincent . . . . » 82

J. Wright — Il carattere non mixomatoso dei polipi nasali . » 84

A. Kuyk — L'uso del corista come mezzo diagnostico per le malatttte del seno mascellare . . . . » 86

A. Chiari —Contributo alla conoscenza della struttura dei cosiddetti nodi dei cantanti . . . . » 87

L. Richter—La elettroterapia della laringe ed un nuovo metodo per il trattamento del ricorrente . . . . . . » 88

Garel e **Goulloud**—Chiodo fissato nel bronco destro da due mesi. Diagnosi a mezzo della radiografia. Ablazione con l'elettro calamite. Guarigione . . . . pag. 90
P. H. Gerber— Atlante delle malattie del naso, dei seni annessi e del cavo naso-faringeo . . . . » 92
C. Chauveau—Storia delle malattie della faringe . . . . » 122
L. Lichtwitz—Cura aerotermica di alcune affezioni nasali . . » ivi
G. Gradenigo—L'ipertrofia della tonsilla faringea . . . . » 124
R. Lake — Tisi laringea . . . . » 127
J. Bokay — Sul trauma da intubazione . . . . » 128
A. Baltar — Moneta incuneata nell'esofago. Nuovo mezzo per estrarla . . . . » 135
Lermoyez e **Castex** — Atti della Sezione di Laringologia, Rinologia ed Otologia al XIII Congresso Internazionale di Medicina . . . . » 136
C. Ceraso — Le malattie oculari in rapporto a quelle delle cavità nasali . . . . » 188
J. Moure — Ascessi tonsillari e peritonsillari. Diagnosi e cura » 189
R. Botey — Echi clinici di oto-rino-laringologia . . . . . » 192
R. Botey — Studii clinici sulla laringologia, la otologia e la rinologia . . . . » ivi
G. Avellis — Su di una specie di emottisi tracheale . . . » 193
Varia . . . . pag. 64, 93, 157, 196

Anno XX Aprile 1900 Fasc. 2.

ARCHIVII ITALIANI
DI
LARINGOLOGIA

PERIODICO TRIMESTRALE

Premiato due volte dal Consiglio Superiore e con due medaglie di bronzo al Congresso Medico di Perugia (1885) ed a quello di Pavia (1887)

FONDATO E DIRETTO

dal Dott. **FERDINANDO MASSEI**

Specialista per le malattie di naso e di gola
Professore Straordinario di Laringojatria nella R. Università
e Socio Ordinario della R. Accademia Medico-Chirurgica di Napoli

REDATTORE

Prof. **ALESSANDRO TRIFILETTI**

Coadiutore della Clinica Laringojatrica di Napoli

CON LA COLLABORAZIONE
di distinti cultori di Laringologia e Rinologia

CONDIZIONI DI ASSOCIAZIONE

Si pubblica un fascicolo di pagine 48 in 8°, ogni tre mesi, cioè in Gennaio, Aprile, Luglio ed Ottobre.

L'abbonamento è obbligatorio per un anno e costa L. 5 per l'Italia, L. 6 per l'Estero: pagamento anticipato.

Un fascicolo separato L. 2. Per le annate arretrate, prezzo a convenirsi.

Il miglior mezzo per abbonarsi è quello di spedire vaglia postale al professore MASSEI, in Napoli, Piazza Municipio, 4.

Il talloncino vale come ricevuta.

I vecchi associati che non disdicono l'abbonamento e sono in regola coi pagamenti, s'intendono riconfermati per l'anno seguente.

Per le inserzioni a pagamento sulla copertina e l'acquisto della intera collezione del Giornale, dirigersi egualmente al prof. MASSEI.

ANNO XX - 1900

NAPOLI
TIP. FRANCESCO VELARDI E C.°
Largo Tarsia 9.

Dirigere vaglia, corrispondenza e manoscritti al Prof. **F. Massei**, in *Napoli*, Piazza Municipio, 4.

SOMMARIO

PARTE ORIGINALE

REALE A. — Su di un papilloma della regione vestibolare del naso . pag. 57

TOMMASI J. — Metodo di Krause nella cura delle sinusiti croniche del mascellare superiore . . . . » 60

PIRERA A. — Le glandole dell' anello di Waldeyer (specialmente le tonsille palatine) considerate come via di entrata delle affezioni microbiche . . . . » 67

RIVISTA DI OPERE E GIORNALI

PEREZ F. — Ricerche sulla batteriologia dell' ozena . . . . pag. 78

RUEDA F. — Un processo semplice per l'estrazione dei polipi naso-faringei . . . . » 82

COBB F. — Ascesso peritonsillare . . . . » 84

SCHADLE J. — Tumori della tiroide accessoria alla base della lingua . . . . » 85

VALENTIN A. — Contributo al meccanismo della tosse . . . . » 87

AVELLIS G. — Il rapporto della laringite secca cronica con la gravidanza . . . . » 92

SPIESS G. — Trattamento metodico dell' afonia nervosa e di alcuni altri disturbi vocali affini . . . . » 92

JURASZ A. — Il trattamento laringoscopico dei tumori maligni . » 93

ABATE C. — Vertigine afasica . . . . » 98

SOTA Y LASTRA R. — Le malattie del naso, della bocca e della gola . . . . » 99

Varia . . . . » 100

LIBRI VENUTI IN DONO

HEYMANN prof. P. — Syphilis der Nase. Wien, 1899.
GRAZZI prof. V. — Nouveau traitement des inflammations chroniques catarrhales du pharynx en rapport particulièrement avec les maladies de l'oreille. Paris, 1899.
— Ricordi del VI Congresso otologico internazionale tenuto in Londra nell'agosto 1899. Firenze, 1899.
MAYER dott. E. — The tonsils as portals of infection. New York, 1899.
ROSENBERG prof. A. — Ueber Folgezustände der Sängerknötchen. Berlin, 1899.
— Das Nasenbluten. 1899.
COZZOLINO prof. V. — Sul valore discutibile dei reperti necroscopici endocranici di essudati acuti o cronici, circa la loro etiologia e patogenesi, senza il reperto delle cavità auricolari e nasali. 1898.
— Setticemie, tossicemie e piemie e loro forme miste da infezioni acute e croniche delle cavità auricolari. Lezione. Firenze, 1899.
— I sanatorii pei tubercolotici pulmonari in Davos. Napoli, 1899.
— Norme e considerazioni sulla fondazione ed ubicazione dei Sanatorii. Napoli, 1899.
— Etude bactériologique et histologique sur l'ozène. Paris, 1899.
— Ueber einen Fall von Pseudo-Aktinomycose der aüsseren Ohregegend von einem neuen Fadenbacterium hervorgerufen.
DE SIMONI dott. A. — Della presenza dei bacilli del Frisch in un caso d'ipertrofia delle tonsille palatine. Palermo, 1899.
— Di una varietà di bacillus mucosus — bacillo mucoso tenace — non rara nel secreto ozenatoso. Napoli, 1899.
— Ricerche sull'ozena. Roma, 1899.
— Beitrag zur Morphologie und Biologie der Pseudo-diphteriebacillen. Jena, 1899.
GUIDONE dott. P. — Considerazioni sperimentali e cliniche sulla faringotomia subioidea. Napoli, 1899.
NEWCOMB dott. J. — Adeno carcinoma of the nose. New York, 1899.
— Nasal insufficiency due to exagerated prominence of the anterior arch of the cervical vertebrae. New York, 1899.

— The supra-renal bodies; some remarks upon their physiology and te-rapy, with special reference to Rhinology, New-York, 1899.

Ferrara dott. G. — L'acido sozoindolico nelle miringiti croniche sem-plici o complicate ad otite medie iperplastiche. Torino, 1900.

Trumpp dott. J. — Die unblutige operative Behandlung von Larynxste-nosen mittelst der Intubation. Leipzig, 1900.

— Die Intubation in der Privatpraxis. München, 1899.

Sota y Lastra dott. R. — Enfermedades de la nariz, boca y garganta. Vol. I. Sevilla, 1899.

Ostino dott. G. — Sulla simulazione della sordità bilaterale e sui mezzi per scoprirla. Roma, 1899.

Melzi dott. U. — On a case of nasal hydrorrhaea. London, 1899.

— On a case of endothelial fibro-angioma of the external auricular meatus. London, 1900.

— On a case of retropharyngeal abscess of auricular origin. London, 1900.

Flatau dott. Th. — Ueber Schliessung von Gaumensegeldefekten durch Staphylorraphie. Berlin, 1900.

— Zur Prophylaxe und Behandlung der Blutungen der oberen Luftwege. Berlin, 1900.

Tanturri dott. D. — Su di un caso di condilomi piani delle corde vo-cali. Napoli, 1900.

La redazione ringrazia sentitamente i cortesi donatori.

RIVISTA INTERNAZIONALE D'IGIENE

E DI SPECIALITA' ORGANO-OPOTERAPICHE

XI Anno

Direttore prop.: Dott. **EUGENIO FAZIO**

colla collaborazione dei più chiari igienisti italiani e stranieri.

Si pubblica a fascicoli una volta al mese.

Abbonamento annuo anticipato, L. 12 — Estero, L. 14

NAPOLI — *Larghetto S. Antonio a Tarsia, 28* — NAPOLI

Agli abbonati : il **Manuale di Opoterapia** per Lire **3.**

Nuovi tubi di O' DWYER per l'intubazione nei bambini

Tubi di vulcanite con anima di metallo

NUOVA SERIE

Presso **Giorgio Ermold**, fabbricante di strumenti chirurgici, 312-314, East Twenty-Second Street in New York.

Istituto Fisiologico della R. Università di Roma

DIRETTO

dal prof. LUCIANI

Ricerche sperimentali del Dott. **Lo Monaco,** aiuto, sugli effetti che esercita l'**acqua minerale naturale di Sangemini** sul **consumo azotato** e sulla formazione dell'**acido urico** (1895).

CONCLUSIONI

I. **L'acqua di Sangemini** favorisce i processi digestivi e l'assimilazione delle sostanze alimentari.

II. **L'acqua di Sangemini** eccita i processi ossidativi delle sostanze azotate.

III. **L'acqua di Sangemini** diminuisce la formazione dell'acido urico.

Così le ricerche fisiologiche hanno confermato quanto l'esperienza di parecchi anni aveva dimostrato, e cioè che:

LA SANGEMINI è { **EMINENTEMENTE DIGESTIVA** / **POTENTEMENTE ANTIURICA** }

Una vera primizia per il mondo sanitario riuscirà l'annunzio del

GRANDIOSO IMPIANTO

PER

STERILIZZARE VETRI E TURACCIOLI

ALLO STABILIMENTO DELL'ACQUA MINERALE DI

SANGEMINI

Oggi, che il consumo delle Acque Minerali si è tanto diffuso, sia a scopo di cura che come bibita preferita per la tavola, importa garantire il consumatore della purezza delle stesse, non alla fonte dove quasi tutte sono pure, ma bensì nelle bottiglie in cui vengono poste in vendita. Difatti, ricerche bacteriologiche fatte dal Prof. Bordoni-Uffreduzzi nel decorso anno, dimostrano che tanto le acque minerali straniere, che nostrane, poste in commercio, non corrispondono a quel grado di purezza che oggidì si esige in una buona acqua potabile. La Società Concessionaria dell'Acqua Minerale di SANGEMINI ha, con i più rigorosi criteri scientifici e sotto la direzione di competenti specialisti, eseguito **un impianto grandioso** e costosissimo per garentire la presa dell'acqua e per **sterilizzare i vetri ed i turaccioli** prima di adibirli a ricevere ed a rinchiudere l'acqua, impianto omai entrato in completa funzione.

Così, la **Sangemini**, che tanta rinomanza si è acquistata come acqua eminentemente *digestiva* e potentemente *antiurica*, è la prima sorgente non dell'Italia soltanto, ma del Mondo, che purissima alla fonte, viene anche posta in commercio *con tutte le garenzie* volute dall'Igiene e perciò merita la preferenza su tutte le congeneri.

Richieste all'Amministrazione della fonte in **SANGEMINI** (*Umbria.*)

MALATTIE DELLA GOLA E DELLA LARINGE

PASTICCHE HOUDÉ

AL CLORIDRATO DI COCAINA

Il **Cloridrato di Cocaina** agisce alla periferia dei nervi abole la sensibilità delle mucose e della pelle.

Per l'anestesia che producono, le **Pasticche Houdé** alla co sono adoperate con successo costante per calmare, ed al tempo m sopprimere il dolore nelle *malattie della bocca*, della *gola* e della ringe; sono efficacissime nella cura delle *stomatiti*, *gengiviti*, *fari acute*, *amigdaliti*, nonchè nella *estinzione della voce*, nella *rauc* nelle *angine*, nelle *ulcerazioni o laringiti tubercolari* e negli *a di tosse.*

Queste Pasticche guariscono le *irritazioni* semplici ed il *pr della gola*, fortificano le corde vocali e vengono perciò raccoman agli *oratori*, *cantanti* e *professori*: sono pure indicate nelle *mal dello stomaco* e specialmente dell'*esofago*, facilitando la deglut

DOSE — Tre milligrammi in ogni pasticca.

USO — Se ne fanno sciogliere in bocca da ott dieci al giorno.

DEPOSITO GENERALE PRESSO A. HOUDÉ

Laureato dell'Accademia di Medicina di Parigi — Premio Or

PARIGI — 29 *Rue Albouy* — PARIGI

In NAPOLI, nella *Farmacia Luigi D'Emilio* (Farmacia Inter zionale e Via Roma 303).

In ROMA, nella *Farmacia Garnieri.*

In FIRENZE, nella *Farmacia Forini*, presso Piazza della gnoria.

In MILANO, nella *Farmacia Brera*, N. 11 e 13, Via F oscuri.

In TORINO, nella *Farmacia Tarrico.*

Nonchè in tutte le accreditate Farmacie d'Italia.

Diffidare dalle imitazioni e prescrivere le vere **PASTICCHE HOUDÉ** *alla Cocaina*

Anno XX Luglio 1900 Fasc. 3.

ARCHIVII ITALIANI DI LARINGOLOGIA

PERIODICO TRIMESTRALE

Premiato due volte dal Consiglio Superiore e con due medaglie di bronzo al Congresso Medico di Perugia (1885) ed a quello di Pavia (1887)

FONDATO E DIRETTO

dal Dott. **FERDINANDO MASSEI**

Specialista per le malattie di naso e di gola
Professore Straordinario di Laringojatria nella R. Università
e Socio Ordinario della R. Accademia Medico-Chirurgica di Napoli

REDATTORE

Prof. **ALESSANDRO TRIFILETTI**

Coadiutore della Clinica Laringojatrica di Napoli

CON LA COLLABORAZIONE

di distinti cultori di Laringologia e Rinologia

CONDIZIONI DI ASSOCIAZIONE

Si pubblica un fascicolo di pagine 48 in 8º, ogni tre mesi, cioè in Gennaio, Aprile, Luglio ed Ottobre.

L'abbonamento è obbligatorio per un anno e costa L. 5 per l'Italia, L. 6 per l'Estero: pagamento anticipato.

Un fascicolo separato L. 2. Per le annate arretrate, prezzo a convenirsi.

Il miglior mezzo per abbonarsi è quello di spedire vaglia postale al professore MASSEI, in Napoli, Piazza Municipio, 4.

Il talloncino vale come ricevuta.

I vecchi associati che non disdicono l'abbonamento e sono in regola coi pagamenti, s'intendono riconfermati per l'anno seguente.

Per le inserzioni a pagamento sulla copertina e l'acquisto della intera collezione del Giornale, dirigersi egualmente al prof. MASSEI.

ANNO XX - 1900

NAPOLI
STAB. TIP. FRANCESCO VELARDI & C.^{o}
Largo Trinità Maggiore, 20

Dirigere vaglia, corrispondenza e manoscritti al Prof. **F. Massei**, in *Napoli*, Piazza Municipio, 4.

SOMMARIO

PARTE ORIGINALE

TOMMASI J. — Settantotto casi di vegetazioni adenoidi nella provincia di Lucca . . . . pag. 1[illegible]
F. MASSEI — Profilassi e cura della tubercolosi delle prime vie del respiro . . . . » 1[illegible]

Varia . . . . pag. 1[illegible]

LIBRI VENUTI IN DONO

BIAGGI dott. C. — Della aprosexia nasale. Milano, 1899.
— Sulla balbuzie frusta. Torino, 1900.
CANEPA dott. G. e BIAGGI dott. C. — Gli esercizii acustici nella cura della sordità e del sordomutismo. Torino, 1900.
LICHTWITZ dott. L. — Disproportion entre la frequence des empyêmes des cavités accessoires du nez sur le vivant et sur le cadavre. Paris, 1900.
GERBER — Ein Doppeldiaphanoskop zur Durchleuchtung der Stirnhöhlen. Leipzig, 1900.
TOMMASI dott. J. — Un caso di mastoidite da otite purulenta cronica guarito spontaneamente. Torino, 1900.
KATZENSTEIN dott. J. — Ueber einige experimentelle Beobachtungen an der Schilddrüse. Leipzig, 1899.
— Untersuchungen über den N. recurrens und sein Rindencentrum. Berlino.
FERRERI prof. G. — Abrasore laringeo olivare ad anse nascoste. Torino, 1900.
— La tubercolosi delle prime vie respiratorie in rapporto all'igiene scolastica. Considerazioni sulla profilassi e la terapia. Torino, 1900.
BOTARAS Y TORRES dott. P. — Sobre los tratamientos del ozena con el suero normal de caballo y la electrolisis. Barcelona, 1900.
— Exposición de un caso clinico de sarcoma secundario del conducto auditivo externo izquierdo. Barcelona, 1900.
PICCININO prof. F. — La cataforesi e l'elettrolisi nella cura del gozzo Napoli, 1900.
GRAZZI prof. V. — Sulla fisiopatologia dei nervi olfattivi. Empoli, 1899.
SOBLINSKI dott. W. — La syphilis de l'amygdale linguale; remarques sur ses rapports avec l'atrophie lisse des glandes folliculaires de la langue. Paris, 1900.
LASTAR dott. — Éléphantiasis du nez. Paris, 1899.
BOTEY dott. R. — Sur la non existence d'une membrane cloisonnante qui diviserait la caisse en deux compartiments tubaire et attico-mastoidien. Paris, 1900.

GRADENIGO prof. G. — Sur les différentes méthodes d'acoumétrie et sur la notation uniforme des résultats de l'examen auditif fonctionnel. Paris, 1900.

GALATTI dott. D. — Intubation chez l'enfant. Paris, 1900.

COZZOLINO prof. V. — Organizzazione, costituzione e funzionamento dei Sanatorii popolari per tubercolotici in Germania e in Svizzera. Relazione. Roma, 1900.

TRIFILETTI prof. A. — Due casi di sifilide terziaria dell'orecchio esterno. Torino, 1900.

CARTAZ dott. A. — Maladies du nez (Traité de Médecine et de Thérapeutique). Paris, 1900.

GRADENIGO prof. G. — Profilassi e cura della tubercolosi dell' orecchio Torino, 1900.

DE SIMONI dott. A. — Sulla disinfezione delle cavità nasali con alcune essenze ed olii essenziali. Ricerche sperimentali. Palermo, 1900.

— Beitrage Zur Morphologie und Biologie der Mucosus-bacillen der Ozaena und ueber ihre Identität mit den Pneumobacillen. Jena, 1900.

BOULAY dott. M. — Considérations sur le traitement des papillomes du larynx chez l'enfant. Paris, 1900.

BOKAY prof. J. — Gedrenkrede über Dr. Josef O' Dwyer. Leipzig, 1900.

LICHTWITZ dott. L. — De l'extrait aqueux de capsules surrénales comme adjuvant de l'anesthésie du larynx par la cocaine. Bordeaux, 1900.

LICHTWITZ e SABRAZÈS. — État du sang (formule hématologique) chez les Adénoïdiens avant et après l'operation. Paris, 1900.

TANTURRI dott. D. — Su di un caso non comune d'intubazione prolungata. Napoli, 1900.

LENNOX BROWNE dott. F. — Conditions of the throat and larynx simulating and predisposing to tuberculosis. London, 1900.

SARGNON dott. A. — Tubage et trachéotomie en dehors du croup. 1899.

MAYER dott. E. — Some points in the differential diagnosis of laryngeal diphtheria in children. New York, 1900.

OSTINO dott. G. — Guida alla diagnosi medico-legale della sordità. Con Prefazione del prof. Gradenigo. Firenze, 1900.

KRIEG — Resection der Cartilago quadrangularis septi narium zur Heilung der Scoliosis septi. Stuttgart, 1899.

— Ueber die Fensterresction des Septum narium zur Heilung der Skoliosis septi. Berlin, 1900.

La redazione ringrazia sentitamente i cortesi donatori

RIVISTA INTERNAZIONALE D'IGIENE

E DI SPECIALITA' ORGANO-OPOTERAPICHE

XI Anno

Direttore prop.: Dott. **EUGENIO FAZIO**

colla collaborazione dei più chiari igienisti italiani e stranieri

Si pubblica a fascicoli una volta al mese,

Abbonamento annuo anticipato, L. 12 — Estero, L. 14

NAPOLI — *Larghetto S. Antonio a Tarsia*, 28 — NAPOLI

Agli abbonati: il **Manuale di Opoterapia** per Lire **3.**

Nuovi tubi di O' DWYER per l'intubazione nei bambini

Tubi di vulcanite con anima di metallo

NUOVA SERIE

Presso **Giorgio Ermold**, fabbricante di strumenti chirurgici, 312-314, East — Twenty-Second Street — in New York.

Acqua Minerale Naturale

DI

SANGEMINI

ITALIA (**Umbria**)

Digestiva

È da preferirsi
ad ogni altra
acqua alcalina
per le sue
sperimentate
virtù curative
e per la sua
gradevolezza
anche come
ACQUA
DA TAVOLA

Antiurica

Sola
fra le congeneri
ha meritata
la
Medaglia d'Oro
alla
Esposiz. di Torino
(1898)
ed il diploma
di onore
alle Esposizioni
di
Genova e Perugia
(1899)

Richieste e Schiarimenti
all'AMMINISTRAZIONE in SANGEMINI (Umbria)

FARMACIA F. ARENA

CON

Gabinetto di Chimica, Microscopia e Batteriologia
per Analisi applicate alla Clinica ed alla Igiene

Via Roma (già Toledo) 129 — Napoli

Per norma degli egregi Signori Medici trascrivo qui l'elenco delle analisi delle quali più particolarmente mi occupo nei miei gabinetti, coi rispettivi onorari, nel caso che mi credessero degno di un comando.

Analisi applicate alla Clinica ed alla Igiene

URINA. Relazione fisico-chimico-microscopica . . L.	10 —
ESPETTORATO, con la ricerca dei bacilli e delle fibre elastiche polmonari . . . L.	20 —
FECCE, con tutta la ricerca degli elementi formati . L.	20 —
SANGUE, con la distinzione dei globuli rossi e dosamento dell'emoglobina . . . L.	20 —
LATTE, con il dosamento di tutte le sostanze utili . L.	20 —
ACQUA. Ricerche batteriologiche e determinazione della sua purezza . . . . L.	150 —
RICERCHE uro-batteriologiche . . . . L.	50 —

Analisi applicate alle arti ed alle industrie

VINO. Determinaz. dell'alcool L.	5 —
id. Id. delle materie color. L.	10 —
id. Id. delle materie saline L.	5 —
id. Id. dell'estratto secco, processi per stufa e per densità indiretta . . . . . L.	10 —
STUDIO delle ceneri per sostanze estranee fisse. . L.	20 —
NOCCIUOLI e SEMI. Determinazione delle materie grasse L.	20 —
SANGUE. Determinazione dell'azoto per industria . L.	20 —
VISCOSITÀ degli olii minerali . . . . L.	20 —

Sostanze alimentari in genere e qualunque altra analisi non compresa nel quadro, onorarii da convenirsi.

SPECIALITÀ PIÙ IMPORTANTI

DELLA

FARMACIA F. ARENA

preparate nel laboratorio proprio

Fosfato liquido di calcio, utilissimo per la somministrazione, massime ai bambini	L. 2 — flac.
Elisir di China all'arancio amaro, ottimo tonico ricostituente .	» 2 — »
Capsule di jodoformio, essenza di trementina e balsamo peruviano	» 1,50 scat.
Capsule di fenato di soda	» 1,50 »
Capsule di catrame, jodoformio, ecc.	» 1,50 »
Capsule di terpina e cresoto	» 3 — »

JÓDINA.

Preparata dai Prof. N. REALE e F. ARENA

Potente disinfettante interno; attiva il ricambio materiale e giova molto nella gotta, nell'obesità, nella renella e calcolosi urica, ed in tutte le malattie infettive. Richiedere alla farmacia *L. Scarpitti*, Napoli la circolare in proposito.

MALATTIE DELLA GOLA E DELLA LARINGE

PASTICCHE HOUDÉ

AL CLORIDRATO DI COCAINA

Il **Cloridrato di Cocaina** agisce alla periferia dei nervi abolendo la sensibilità delle mucose e della pelle.

Per l'anestesia che producono, le **Pasticche Houdé** alla *cocaina* sono adoperate con successo costante per calmare, ed al tempo stesso sopprimere il dolore nelle *malattie della bocca*, della *gola* e della *laringe*; sono efficacissime nella cura delle *stomatiti*, *gengiviti*, *faringiti acute*, *amigdaliti*, nonchè nella *estinzione della voce*, nella *raucedine*, nelle *angine*, nelle *ulcerazioni o laringiti tubercolari* e negli *accessi di tosse.*

Queste Pasticche guariscono le *irritazioni* semplici ed il *prurito della gola*, fortificano le corde vocali e vengono perciò raccomandate agli *oratori*, *cantanti* e *professori:* sono pure indicate nelle *malattie dello stomaco* e specialmente dell'*esofago*, facilitando la deglutizione.

DOSE — Tre milligrammi in ogni pasticca.

USO — Se ne fanno sciogliere in bocca da otto a dieci al giorno.

DEPOSITO GENERALE PRESSO A. HOUDÉ

Laureato dell'Accademia di Medicina di Parigi — Premio Orfila

PARIGI — *29 Rue Albouy* — PARIGI

In NAPOLI, nella *Farmacia Luigi D'Emilio* (Farmacia Internazionale e Via Roma 303).

In ROMA, nella *Farmacia Garnieri.*

In FIRENZE, nella *Farmacia Forini*, presso Piazza della Signoria.

In MILANO, nella *Farmacia Brera*, N. 11 e 13, Via Fiori oscuri.

In TORINO, nella *Farmacia Tarrico.*

Nonchè in tutte le accreditate Farmacie d' Italia.

Diffidare dalle imitazioni e prescrivere le vere **PASTICCHE HOUDÉ** *alla Cocaina*

Anno XX | Ottobre 1900 | Fasc. 4.

ARCHIVII ITALIANI DI LARINGOLOGIA

PERIODICO TRIMESTRALE

Premiato due volte dal Consiglio Superiore e con due medaglie di bronzo
al Congresso Medico di Perugia (1885)
ed a quello di Pavia (1887)

FONDATO E DIRETTO

dal Dott. **FERDINANDO MASSEI**

Specialista per le malattie di naso e di gola
Professore Straordinario di Laringojatria nella R. Università
e Socio Ordinario della R. Accademia Medico-Chirurgica di Napoli

REDATTORE

Prof. **ALESSANDRO TRIFILETTI**

Coadiutore della Clinica Laringojatrica di Napoli

CON LA COLLABORAZIONE
di distinti cultori di Laringologia e Rinologia

CONDIZIONI DI ASSOCIAZIONE

Si pubblica un fascicolo di pagine 48 in 8°, ogni tre mesi, cioè in Gennaio, Aprile, Luglio ed Ottobre.

L'abbonamento è obbligatorio per un anno e costa L. 5 per l'Italia, L. 6 per l'Estero: pagamento anticipato.

Un fascicolo separato L. 2. Per le annate arretrate, prezzo a convenirsi.

Il miglior mezzo per abbonarsi è quello di spedire vaglia postale al professore MASSEI, in Napoli, Piazza Municipio, 4.

Il talloncino vale come ricevuta.

I vecchi associati che non disdicono l'abbonamento e sono in regola coi pagamenti, s'intendono riconfermati per l'anno seguente.

Per le inserzioni a pagamento sulla copertina e l'acquisto della intera collezione del Giornale, dirigersi egualmente al prof. MASSEI.

ANNO XX - 1900

NAPOLI
STAB. TIP. FRANCESCO VELARDI & C.°
Largo Trinità Maggiore, 20

Dirigere vaglia, corrispondenza e manoscritti al Prof. **F. Massei**, in *Napoli*, Piazza Municipio, 4.

SOMMARIO

PARTE ORIGINALE

MARTUSCELLI G. — Anatomia patologica e batteriologia della tubercolosi delle prime vie respiratorie e dell' orecchio . . pag. 151

Varia : Congresso Internazionale a Parigi — Sezione Rino-Laringologica . . . . pag. 179

LIBRI VENUTI IN DONO

FLATAU dott. T. — Ueber zwei radikale Heilungen der Rhinitis atrophicans foetida durch eine neue operative Behandlungsmethode. München, 1900.

COZZOLINO prof. V. — Ueber die Tuberculösen mit bacillärer Localisation in den oberen Luftwegen und den Ohrräumen in ihrer Beziehung zur Anstaltsbehandlung. Berlin, 1900.

SIEGERT dott. F. — Vier Jahre vor und nach der Einführung der Serum-behandlung der Diphterie. Berlin, 1900.

D'AJUTOLO dott. G. — Dell'uso delle barbe di penna nella terapia delle fosse nasali e del naso-faringe. Bologna, 1900.

— Di una grave glossite tubercolare guarita completamente, 1899.

— Di un voluminoso cancro polipoide ipoglottico e di una particolare ansa per asportarlo, 1899.

— Delle alterazioni mixedematose della laringe, 1899.

MULLER dott. J. — Aquous suprarenal extract. Its surgical and therapeutic uses. Chicago, 1899.

BROWN KELLY dott. A.—Epistaxis from the ethmoidal veins. London, 1900.

— Angina ulcerosa benigna. London, 1899.

— Cystis of the floor of the Nose. London, 1898.

FERRERI prof. G. e ROSATI prof. T. — La Laringologia nella difesa sociale contro la tubercolosi. Torino, 1900.

CRESSWELL BABER dott. E. — Sixth International Otological Congress, London. London, 1900.

POLI prof. C. — Corpi estranei nelle vie aeree. Milano, 1900.

— Sur une terminaison rare de l'empyème mastoïdien. Paris, 1900.

— Thrombose otitique du sinus transverse sans phénomènes pyoëmiques. Paris, 1900.

— Indications et résultats de 40 opérations radicales dans l'otite moyenne purulente chronique. Paris, 1900.

RICCI dott. A. — Vantaggi della cura sieroterapica nel crup. Empoli, 1900.

ROSENTHAL dott. E. — Influence of antitoxin Statistics. Philadelphia, 1899.
— The dosage of diphteria antitoxin and its method of using. Philadelphia, 1898.
— Treatment of chronic croup. Chicago, 1899.
GOTTSTEIN dott. G. — Ueber seltene Erkrankungen der Speiseröhre und deren diagnostische Feststellung durch das Oesophaguskop. Berlin, 1900.
— Pseudostimme nach Totalexstirpation des Larynx. Berlin, 1900.
ROSENBERG dott. A. — Varietäten und Anomalien der Valleculae und der Sinus piriformes. Berlin, 1900.
TOEPFER dott. H. — Ueber Muskeln und Knorpel in den Tonsillen. Berlin, 1900.

La redazione ringrazia sentitamente i gentili donatori.

Nuovi tubi di O' DWYER per l'intubazione nei bambini

Tubi di vulcanite con anima di metallo

NUOVA SERIE

Presso **Giorgio Ermold**, fabbricante di strumenti chirurgici, 312 314 East — Twenty-Second Street — in New York.

FARMACIA F. ARENA

CON

Gabinetto di Chimica, Microscopia e Batteriologia

per Analisi applicate alla Clinica ed alla Igiene

Via Roma (già Toledo) 129 — Napoli

URINA. Relazione fisico-chimico-microscopica . . L. 10 —
ESPETTORATO, con la ricerca dei bacilli e delle fibre elastiche polmonari . . . L. 20 —
FECCE, con tutta la ricerca degli elementi formati . L. 20 —
SANGUE, con la distinzione dei globuli rossi e dosamento dell'emoglobina . . . L. 20 —

LATTE, con il dosamento di tutte le sostanze utili . L. 20 —
ACQUA. Ricerche batteriologiche e determinazione della sua purezza . . . . L. 150 —
RICERCHE uro-batteriologiche . . . . L. 50 —
Analisi applicate all'industria. Prezzo a convenirsi.

LIQUORE ARSENICALE FERRUGINOSO ARENA

Il Prof. Senatore *A. Cardarelli* ha dettato la formola per questo preparato che attiva la emopoiesi, combatte le più ostinate cloro-anemie ed è un potente rimedio contro la malaria ed i tumori di milza. Costa L. 2,00.

OSTIATICO ARENA

Rimedio tonico ricostituente, massime pei neuropatici e rachitici; raccomandato molto dai Prof. *E. De Renzi* e *F. Fede* — Costo L. 2,50.

Vendibile in tutte le principali Farmacie.

Fabbrica speciale di Capsule medicamentose molli e pepsinate

Capsule Terpina e creosoto raccomandate dai Prof. *Cardarelli, Capozzi* e *Massei* nelle malattie bronco-polmonari e la **bronco-alveolite** specifica	scat, L.	2,50
Capsule di Iodoformio in soluzione nell'essenza di trementina e balsamo peruviano	»	1,50
Capsule di Terpina	»	2,00
Capsule di Catrame di Norvegia	»	1,00
Capsule di Fenato di Soda (Formola *De Renzi*)	»	1,50
Capsule di Guaiacol	»	2,50
Capsule di Creosoto	»	1,00
Capsule di Trementina	»	0,85
Capsule d'ittiolo	»	2,50
Essenza di China e **Coca** prescritta dal Prof. *De Renzi, Capozzi* e *Fede*	flac.	2,50
Essenza di china **tiiolata**	»	2,00
Essenza di China e Cacao	»	2,50
Elixir di China all'arancio amaro	»	2,00
Fosfato liquido di calcio raccomandato dai Prof. *Cardarelli, Capozzi, De Renzi* e *Massei*	»	2,00
Iodina preparata dai Prof. *N. Reale* e *Arena*	»	3,00
Pastiglie di Idroclorato di Cocaina (Formola del Prof. *Massei*)	»	2,50
Sciroppo Iodo ferrato *Lebert*	»	3,00
Sciroppo di Ioduro Ferroso	»	2,50
Sciroppo d'Ipofosfito di calcio preparato secondo la farmacopea	»	2,50

Prof. Sgobbo: ELETTRICITÀ MEDICA

(Elettrodiagnostica ed Elettroterapia)

Volume di 365 pagine con 105 figure

Prezzo . . . . L. 5,50

Ai Sigg. Abbonati . . . . » 4,50

Dirigere cartolina vaglia al *Prof. Sgobbo*

Via Fiorentini, 69

RADIOGRAFIA E RADIOSCOPIA

Il prof. **Sgobbo** ha arricchito il suo Gabinetto Elettroterapico di tutti gli apparecchi necessari per la **Radiografia e Radioscopia.** Tutti gli apparecchi, compreso il grande rocchetto di 40 centm. di scintilla, sono trasportabili tanto in città che in provincia.

La **Radiografia e Radioscopia** sono utilissime specialmente per la diagnosi dei corpi estranei in qualsiasi parte del corpo, delle fratture, delle alterazioni ossee (carie, ecc.)

Acqua Minerale Naturale
DI
SANGEMINI
ITALIA (**Umbria**)

Digestiva

È da preferirsi ad ogni altra acqua alcalina per le sue sperimentate virtù curative e per la sua gradevolezza anche come
ACQUA DA TAVOLA

Antiurica

Sola fra le congeneri ha meritata la
Medaglia d'Oro
alla
Esposiz. di Torino
(1898)
ed il diploma di onore alle Esposizioni di
Genova e Perugia
(1899)

Richieste e Schiarimenti
all'AMMINISTRAZIONE in SANGEMINI (Umbria)

SOMMARIO

PARTE ORIGINALE

PROTA G. — Fibroma della tonsilla . . . . pag. 1

MARTUSCELLI G. — Angioma papillomatoso ed angioma semplice delle tonsille palatine . . . . » 12

CITELLI S.—Studio sulla struttura della mucosa laringea nell'uomo. » 15

RIVISTA DI OPERE E GIORNALI

NEWCOMB J. — Le capsule soprarenali; alcune osservazioni sulla loro fisiologia e terapia, con speciale riguardo alla Rinologia . pag. 48

WADSWORTH WARREN—L'applicazione efficace dell'estratto di capsule surrenali in Rinologia . . . . » 50

MULLEN J. — Estratto acquoso delle capsule soprarenali e suoi usi in Chirurgia e Terapia . . . . » ivi

BIAGGI C. — Della aprosexia nasale . . . . » 53

FLATAU T. — Sopra due guarigioni radicali della rinite atrofica fetida con un nuovo metodo operativo. . . . . . » 54

CHOLEWA — Perchè recidivano i polipi nasali? . . . . . » 56

GERBER. — Doppio diafanoscopio per la illuminazione per trasparenza dei seni frontali . . . . » 58

FRIEDMANN F. — Sull' importanza delle tonsille palatine di piccoli bambini come porta di entrata per l' infezione tubercolare . » 60

MELZI U. — Rendiconto statistico-clinico dell' Ambulanza Laringojatrica del Pio Istituto di S. Corona dall' aprile 1899 a tutto marzo 1900 . . . . » 62

CHAUVEAU C. — Faringe Anatomia e fisiologia . . . . » 63

Varia . . . . » 64

Di recente pubblicazione:

LA DIFTERITE

Sette lezioni dettate dal

Prof. **F. MASSEI**

e raccolte dal

DOTT. E. CALENDOLI

59 pagine, con 2 tavole cromo-litografiche.

Presso la Casa Editrice del

Cav. Dott. V. PASQUALE

NAPOLI

Prezzo L. 2,00

Atti del quarto Congresso

della

Società Italiana di Laringologia d'Otologia e di Rinologia

Grosso Volume di pag. 365, contenente 76 lavori originali dei principali cultori delle specialità in Italia.

Si spedisce franco di porto, contro cartolina-vaglia di L. 8,00, indirizzata al Tesoriere della Società:

Dott. Cav. Francesco Egidi

Via di Pietra, 70 - **ROMA**

FARMACIA F. ARENA

CON

Gabinetto di Chimica, Microscopia e Batteriologia

per Analisi applicate alla Clinica ed alla Igiene

Via Roma (già Toledo) 129 — Napoli

RINA. Relazione fisico-chimico-microscopica . . . L. 10 —
SPETTORATO, con la ricerca dei bacilli e delle fibre elastiche polmonari . . . L. 20 —
FECCE, con tutta la ricerca degli elementi formati . L. 20 —
SANGUE, con la distinzione dei globuli rossi e dosamento dell'emoglobina . . . L. 20 —

LATTE, con il dosamento di tutte le sostanze utili . L. 20 —
ACQUA. Ricerche batteriologiche e determinazione della sua purezza . . . . L. 150 —
RICERCHE uro-batteriologiche . . . . L. 50 —
Analisi applicate all'industria. Prezzo a convenirsi.

LIQUORE ARSENICALE FERRUGINOSO ARENA

Il Prof. Senatore *A. Cardarelli* ha dettato la formola per questo preparato che attiva la emopoiesi, combatte le più ostinate cloro-anemie ed è un potente rimedio contro la malaria ed i tumori di milza. Costa L. 2,00.

OSTIATICO ARENA

Rimedio tonico ricostituente, massime pei neuropatici e rachitici; raccomandato molto dai Prof. *E. De Renzi* e *F. Fede* — Costo L. 2,50.

Vendibile in tutte le principali Farmacie.

Fabbrica speciale di Capsule medicamentose molli e pepsinate

Capsule Terpina e creosoto raccomandate dai Prof. *Cardarelli*, *Capozzi* e *Massei* nelle malattie bronco-polmonari e la **bronco-alveolite** specifica	scat. L.	2,50
Capsule di Iodoformio in soluzione nell'essenza di trementina e balsamo peruviano	»	1,50
Capsule di Terpina	»	2,00
Capsule di Catrame di Norvegia	»	1,00
Capsule di Fenato di Soda (Formola *De Renzi*) . . .	»	1,50
Capsule di Guaiacol	»	2,50
Capsule di Creosoto	»	1,00
Capsule di Trementina	»	0,85
Capsule d'ittiolo	»	2,50
Essenza di China e Coca prescritta dal Prof. *De Renzi*, *Capozzi* e *Fede*	flac.	2,50
Essenza di china **ittiolata**	»	2,00
Essenza di China e Cacao	»	2,50
Elixir di China all'arancio amaro	»	2,00
Fosfato liquido di calcio raccomandato dai Prof. *Cardarelli*, *Capozzi*, *De Renzi* e *Massei*	»	2,00
Iodina preparata dai Prof. *N. Reale* e *Arena*	»	3,00
Pastiglie di Idroclorato di Cocaina (Formola del Prof. *Massei*)	»	2,50
Sciroppo Iodo ferrato *Lebert*	»	3,00
Sciroppo di Ioduro Ferroso	»	2,50
Sciroppo d'Ipofosfito di calcio preparato secondo la farmacopea	»	2,50

Prof. Sgobbo: ELETTRICITÀ MEDICA

(Elettrodiagnostica ed Elettroterapia)

Volume di 365 pagine con 105 figure

Prezzo . . . . L. 5,50
Ai Sigg. Abbonati . . . . . . » 4,50

Dirigere cartolina vaglia al *Prof. Sgobbo*

Via Fiorentini, 69

RADIOGRAFIA E RADIOSCOPIA

Il prof. **Sgobbo** ha arricchito il suo Gabinetto Elettroterapico di tutti gli apparecchi necessari per la **Radiografia e Radioscopia.** Tutti gl' apparecchi, compreso il grande rocchetto di 40 centim. di scintilla, sono trasportabili tanto in città che in provincia.

La **Radiografia e Radioscopia** sono utilissime specialmente per la diagnosi dei corpi estranei in qualsiasi parte del corpo, delle fratture, delle alterazioni ossee (carie, ecc.)

Acqua Minerale Naturale

DI

SANGEMINI

ITALIA (**Umbria**)

Digestiva

È da preferirsi ad ogni altra acqua alcalina per le sue sperimentate virtù curative e per la sua gradevolezza anche come

ACQUA DA TAVOLA

Antiurica

Sola fra le congeneri ha meritata la

Medaglia d'Oro

alla

Esposiz. di Torino

(1898)

ed il diploma di onore alle Esposizioni di

Genova e Perugia

(1899)

Richieste e Schiarimenti

all'AMMINISTRAZIONE in SANGEMINI (Umbria)

MALATTIE DELLA GOLA E DELLA LARINGE

PASTICCHE HOUDÉ

AL CLORIDRATO DI COCAINA

Il **Cloridrato di Cocaina** agisce alla periferia dei nervi abolend
la sensibilità delle mucose e della pelle.

Per l'anestesia che producono, le **Pasticche Houdé** alla cocai
sono adoperate con successo costante per calmare, ed al tempo stes
sopprimere il dolore nelle *malattie della bocca*, della *gola* e della *la*
ringe; sono efficacissime nella cura delle *stomatiti*, *gengiviti*, *farin*
amigdaliti acute, nonchè nella *estinzione della voce*, nella *raucedi*
nelle *angine*, nelle *ulcerazioni* e nelle *laringiti tubercolari* negli *ac*
cessi di tosse.

Queste Pasticche guariscono le *irritazioni* semplici *ed* il *pru*
della gola, fortificano le corde vocali, e vengono perciò raccomandat
agli *oratori*, *cantanti* e *professori*: sono pure indicate nelle *malat*
dello stomaco e specialmente dell'*esofago*, facilitando la deglutizion

DOSE — Tre milligrammi in ogni pasticca.

USO — Se ne fanno sciogliere in bocca da otto
dieci al giorno.

DEPOSITO GENERALE PRESSO A. HOUDÉ

Laureato dell'Accademia di Medicina di Parigi — PREMIO ORFI

PARIGI — *29 Rue Albouy* — PARIGI

In NAPOLI, nella *Farmacia Luigi D'Emilio* (Farmacia Inter-
zionale e Via Roma 303).

In ROMA, nella *Farmacia Garnieri.*

In FIRENZE, nella *Farmacia Forini*, presso Piazza della S
gnoria.

In MILANO, nella *Farmacia Brera*, N. 11 e 13, Via Fio
oscuri.

In TORINO, nella *Farmacia Tarrico.*

Nonchè in tutte le accreditate Farmacie d'Italia.

Diffidare dalle imitazioni e prescrivere le vere **PASTICCHE HOUDÉ**
alla Cocaina

Anno XXI **Aprile 1901** **Fasc. 2.**

ARCHIVII ITALIANI

DI

LARINGOLOGIA

PERIODICO TRIMESTRALE

Premiato due volte dal Consiglio Superiore e con due medaglie di bronzo
al Congresso Medico di Perugia (1885)
ed a quello di Pavia (1887)

FONDATO E DIRETTO

dal Dott. **FERDINANDO MASSEI**

Specialista per le malattie di naso e di gola
Professore Straordinario di Laringojatria nella R. Università
e Socio Ordinario della R. Accademia Medico-Chirurgica di Napoli

REDATTORE

Prof. ALESSANDRO TRIFILETTI

Coaiutore della Clinica Laringojatrica di Napoli

CON LA COLLABORAZIONE

di distinti cultori di Laringologia e Rinologia

CONDIZIONI DI ASSOCIAZIONE

Si pubblica un fascicolo di pagine 48 in 8°, ogni tre mesi, cioè in Gennaio, Aprile, Luglio ed Ottobre.

L'abbonamento è obbligatorio per un anno e costa L. 5 per l'Italia, L. 6 per l'Estero: pagamento anticipato.

Un fascicolo separato L. 2. Per le annate arretrate, prezzo a convenirsi.

Il miglior mezzo per abbonarsi è quello di spedire vaglia postale al Professore MASSEI, in Napoli, Piazza Municipio, 4.

Il talloncino vale come ricevuta.

I vecchi associati che non disdicono l'abbonamento e sono in regola coi pagamenti, s'intendono riconfermati per l'anno seguente.

Per le inserzioni a pagamento sulla copertina e l'acquisto della intera collezione del Giornale, dirigersi egualmente al Prof. MASSEI.

Dirigere vaglia, corrispondenza e manoscritti al prof. **F. Massei**, in *Napoli*, Piazza Municipio, 4.

ANNO XXI - 1901

NAPOLI
STAB. TIP. FRANCESCO VELARDI & C.°
Largo Trinità Maggiore, 20

SOMMARIO

PARTE ORIGINALE

Prota G. — Su due casi di carcinoma delle cellule etmoidali . pag. 69

RIVISTA DI OPERE E GIORNALI

Letulle M. — Angina di Vincent . . . . » 82

Wright J. — Il carattere non mixomatoso dei polipi nasali . . » 84

Kuyk A. — L'uso del corista come mezzo diagnostico per le malattie del seno mascellare . . . . » 86

Chiari A. — Contributo alla conoscenza della struttura dei cosiddetti nodi dei cantanti . . . . » 87

Richter L. — La elettroterapia della laringe ed un nuovo metodo per il trattamento del ricorrente . . . . » 88

Garel e Goullioud — Chiodo fissato nel bronco destro da due mesi. Diagnosi a mezzo della radiografia. Ablazione con l'elettro-calamite. Guarigione . . . . » 90

Gerber P. H. — Atlante delle malattie del naso, dei seni annessi e del cavo naso-faringeo . . . . » 92

Varia . . . . » 93

Di recente pubblicazione:

LA DIFTERITE

Sette lezioni dettate dal

Prof. **F. MASSEI**

e raccolte dal

DOTT. E. CALENDOLI

59 pagine, con 2 tavole cromo-litografiche.

Presso la Casa Editrice del

Cav. Dott. V. PASQUALE

NAPOLI

Prezzo L. 2,00

Sir Morell Mackensie

IGIENE

DEGLI

ORGANI VOCALI

CON AGGIUNTE E NOTE

del Prof. F. MASSEI

NAPOLI 1900

Prezzo L. 3,60

Su carta distinta, legato all'inglese „ 6,00

Presso **Carlo Preisig**, Editore Libraio, a Napoli, e presso la **Direzione degli Archivii**, 4, Piazza Municipio.

Atti del quarto Congresso

della

Società Italiana di Laringologia d'Otologia e di Rinologia

Grosso Volume di pag. 365, contenente 76 lavori originali dei principali cultori delle specialità in Italia.

Si spedisce franco di porto, contro cartolina-vaglia di L. 8,00, indirizzata al Tesoriere della Società:

Dott. Cav. Francesco Egidi

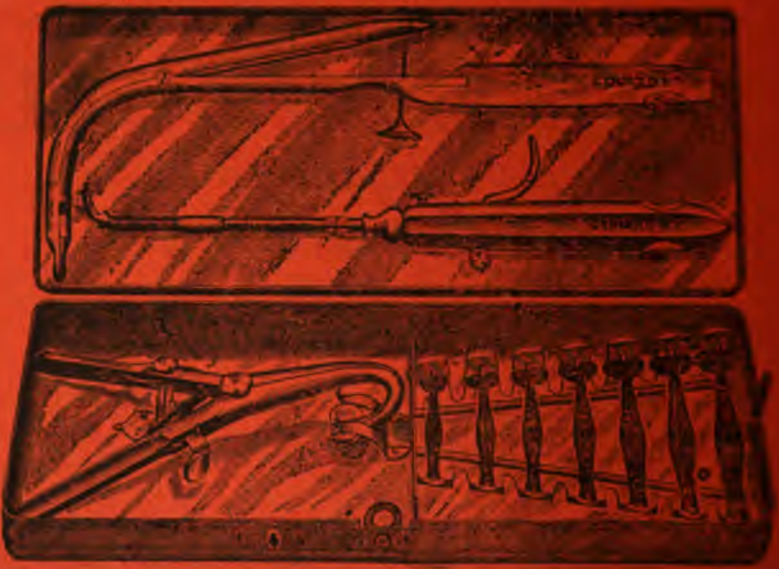
Via di Pietra, 70 - **Roma**

Nuovi tubi di O' DWYER per l'intubazione nei bambini

Tubi di vulcanite con an'ma di metallo

NUOVA SERIE

Presso **Giorgio Ermold**, fabbricante di strumenti chirurgici, 312-314 East — Twenty - Second Street — in New York.



Prof. Sgobbo: ELETTRICITÀ MEDICA

(Elettrodiagnostica ed Elettroterapia)

Volume di 365 pagine con 105 figure

Prezzo . . . . L. 5,50

Ai Sigg. Abbonati . . . . » 4,50

Dirigere cartolina vaglia al *Prof. Sgobbo*

Piazza della Borsa, N.° 8.

RADIOGRAFIA E RADIOSCOPIA

Il prof. **Sgobbo** ha arricchito il suo Gabinetto Elettroterapico di tutti gli apparecchi necessari per la **Radiografia e Radioscopia.** Tutti gli apparecchi, compreso il grande rocchetto di 40 centm. di scintilla, sono trasportabili tanto in città che in provincia.

La **Radiografia e Radioscopia** sono utilissime specialmente per la diagnosi dei corpi estranei in qualsiasi parte del corpo, delle fratture, delle alterazioni ossee (carie, ecc.)

RIVISTA INTERNAZIONALE D'IGIENE

e di specialità organo-opoterapiche

Anno XII — diretta dal Prof. **Eugenio Fazio** — Anno XII

Napoli — Larghetto S. Antonio a Tarsia, 28 — *Napoli*

Abbonamento alla Rivista

Interno, *L.* 12 annue, anticipate — Estero L. 14

Collezione intera della Rivista, 11 annate, L. 52

FARMACIA F. ARENA

CON

Gabinetto di Chimica, Microscopia e Batteriologia

per Analisi applicate alla Clinica ed alla Igiene

Via Roma (già Toledo) 129 — Napoli

URINA. Relazione fisico-chimico-microscopica . . L. 10 —
ESPETTORATO, con la ricerca dei bacilli e delle fibre elastiche polmonari . . . L. 20 —
FECCE, con tutta la ricerca degli elementi formati , L. 20 —
SANGUE, con la distinzione dei globuli rossi e dosamento dell'emoglobina . . . L. 20 —

LATTE, con il dosamento di tutte le sostanze utili . L. 20 —
ACQUA. Ricerche batteriologiche e determinazione della sua purezza . . . . L. 150 —
RICERCHE uro-batteriologiche . . . . L. 50 —
Analisi applicate all'industria. Prezzo a convenirsi.

LIQUORE ARSENICALE FERRUGINOSO ARENA

Il Prof. Senatore *A. Cardarelli* ha dettato la formola per questo preparato che attiva la emopoiesi, combatte le più ostinate cloro-anemie ed è un potente rimedio contro la malaria ed i tumori di milza. Costa L. 2,00.

OSTIATICO ARENA

Rimedio tonico ricostituente, massime pei neuropatici e rachitici; raccomandato molto dai Prof. *E. De Renzi* e *F. Fede* — Costo L. 2,50.

Vendibile in tutte le principali Farmacie.

Fabbrica speciale di Capsule medicamentose molli e pepsinate

Capsule Terpina e creosoto raccomandate dai Prof. *Cardarelli*, *Capozzi* e *Massei* nelle malattie bronco-polmonari e la **bronco-alveolite** specifica	scat. L.	2,50
Capsule di Jodoformio in soluzione nell'essenza di trementina e balsamo peruviano	»	1,50
Capsule di Terpina	»	2,00
Capsule di Catrame di Norvegia	»	1,00
Capsule di Fenato di Soda (Formola *De Renzi*) . . .	»	1,50
Capsule di Guaiacol	»	2,50
Capsule di Creosoto	»	1,00
Capsule di Trementina	»	0,25
Capsule d'ittiolo	»	2,50
Essenza di China e Coca prescritta dal Prof. *De Renzi*, *Capozzi e Fede*	flac.	2,50
Essenza di china **titolata**	»	2,00
Essenza di China e Cacao	»	2,50
Elixir di China all'arancio amaro	»	2,00
Fosfato liquido di calcio raccomandato dai Prof. *Cardarelli*, *Capozzi*, *De Renzi e Massei*	»	2,00
Jodina preparata dai Prof. *N. Reale* e *Arena*	»	3,00
Pastiglie di Idroclorato di Cocaina (Formola del Prof. *Massei*)	»	2,50
Sciroppo Iodo ferrato *Lebert*	»	5,00
Sciroppo di Joduro Ferroso	»	2,50
Sciroppo d'Ipofosfito di calcio preparato secondo la farmacopea	»	2,50

Acqua Minerale Naturale

DI

SANGEMINI

ITALIA (Umbria)

Digestiva

È da preferirsi ad ogni altra acqua alcalina per le sue sperimentate virtù curative e per la sua gradevolezza anche come

ACQUA DA TAVOLA

Antiurica

Sola fra le congeneri ha meritata la
Medaglia d'Oro
alla
Esposiz. di Torino
(1898)
il diploma di onore alle Esposizioni di
Genova e Perugia
(1899)
e la
Medaglia d'Oro
all'Esposiz. d'Igiene di Napoli
1900

Richieste e Schiarimenti
all'AMMINISTRAZIONE in SANGEMINI (Umbria)

MALATTIE DELLA GOLA E DELLA LARINGE

PASTICCHE HOUDÉ

AL CLORIDRATO DI COCAINA

Il **Cloridrato di Cocaina** agisce alla periferia dei nervi abolendo la sensibilità delle mucose e della pelle.

Per l'anestesia che producono, le **Pasticche Houdé** alla *cocaina* sono adoperate con successo costante per calmare, ed al tempo stesso sopprimere il dolore nelle *malattie della bocca*, della *gola* e della *laringe*; sono efficacissime nella cura delle *stomatiti*, *gengiviti*, *faringiti amigdaliti acute*, nonchè nella *estinzione della voce*, nella *raucedine*, nelle *angine*, nelle *ulcerazioni* e nelle *laringiti tubercolari* nonchè negli *accessi di tosse*.

Queste Pasticche guariscono le *irritazioni* semplici ed il *prurito della gola*, fortificano le corde vocali, e vengono perciò raccomandate agli *oratori*, ai *cantanti* e *professori*: sono pure indicate nelle *malattie dello stomaco* e specialmente dell'*esofago*, facilitando la deglutizione.

DOSE — Tre milligrammi in ogni pasticca.

USO — Se ne fanno sciogliere in bocca da otto a dieci al giorno.

DEPOSITO GENERALE PRESSO A. HOUDÉ

Laureato dell'Accademia di Medicina di Parigi — PREMIO ORFILA

PARIGI — *29 Rue Albouy* — PARIGI

In NAPOLI, nella *Farmacia Luigi D'Emilio* (Farmacia Internazionale e Via Roma 303).

In ROMA, nella *Farmacia Garnieri.*

In FIRENZE, nella *Farmacia Forini*, presso Piazza della Signoria.

In MILANO, nella *Farmacia Brera*, N. 11 e 13, Via Fiori oscuri.

In TORINO, nella *Farmacia Tarrico.*

Nonchè in tutte le accreditate Farmacie d'Italia.

Diffidare dalle imitazioni e prescrivere le vere **PASTICCHE HOUDÉ**
alla Cocaina

Anno XXI Luglio 1901 Fasc. 3.

ARCHIVII ITALIANI
DI
LARINGOLOGIA

PERIODICO TRIMESTRALE

Premiato due volte dal Consiglio Superiore e con due medaglie di bronzo al Congresso Medico di Perugia (1885) ed a quello di Pavia (1887)

FONDATO E DIRETTO

dal Dott. **FERDINANDO MASSEI**

Specialista per le malattie di naso e di gola
Professore Straordinario di Laringojatria nella R. Università
e Socio Ordinario della R. Accademia Medico-Chirurgica di Napoli

REDATTORE

Prof. **ALESSANDRO TRIFILETTI**

Coadiutore della Clinica Laringojatrica di Napoli

CON LA COLLABORAZIONE
di distinti cultori di Laringologia e Rinologia

CONDIZIONI DI ASSOCIAZIONE

Si pubblica un fascicolo di pagine 48 in 8°, ogni tre mesi, cioè in Gennaio, Aprile, Luglio ed Ottobre.

L'abbonamento è obbligatorio per un anno e costa L. 5 per l'Italia, L. 6 per l'Estero: pagamento anticipato.

Un fascicolo separato L. 2. Per le annate arretrate, prezzo a convenirsi.

Il miglior mezzo per abbonarsi è quello di spedire vaglia postale al Professore MASSEI, in Napoli, Piazza Municipio, 4.

Il talloncino vale come ricevuta.

I vecchi associati che non disdicono l'abbonamento e sono in regola coi pagamenti, s'intendono riconfermati per l'anno seguente.

Per le inserzioni a pagamento sulla copertina e l'acquisto della intera collezione del Giornale, dirigersi egualmente al Prof. MASSEI.

ANNO XXI - 1901

NAPOLI
STAB. TIP. FRANCESCO VELARDI & C.°
Largo Trinità Maggiore, 20

Dirigere vaglia, corrispondenza e manoscritti al prof. **F. Massei**, in *Napoli*, Piazza Municipio, 4.

SOMMARIO

PARTE ORIGINALE

PROTA G. — Tumori maligni delle tonsille . . . . . pag. 97
EGIDI F. — I progressi dell'intubazione laringea da Bouchut ad oggi » 115

RIVISTA DI OPERE E GIORNALI

CHAUVEAU C. — Storia delle malattie della faringe . . . . » 122
LICHTWITZ L. — Cura aerotermica di alcune affezioni nasali . » ivi
GRADENIGO G. — L'ipertrofia della tonsilla faringea . . . » 124
LAKE R. — Tisi laringea . . . . » 127
BOKAY J. — Sul trauma da intubazione . . . . . » 128
BALTAR A. — Moneta incuneata nell'esofago. Nuovo mezzo per estrarla . . . . » 135
LERMOYEZ e CASTEX — Atti della Sezione di Laringologia, Rinologia e di quella Otologica al XIII Congresso Internazionale di Medicina . . . . » 136
Varia . . . . » 137

Di recente pubblicazione:

LA DIFTERITE

Sette lezioni dettate dal

Prof. **F. MASSEI**

e raccolte dal

DOTT. E. CALENDOLI

59 pagine, con 2 tavole cromo-litografiche.

Presso la Casa Editrice del

Cav. Dott. V. PASQUALE

NAPOLI

Prezzo L. 2,00

Sir Morell Mackensie

IGIENE

DEGLI

ORGANI VOCALI

CON AGGIUNTE E NOTE

del Prof. F. MASSEI

NAPOLI 1900

Prezzo	L. 3,60
Su carta distinta, legato all'inglese	„ 6,00

Presso Carlo Preisig, Editore Libraio, a Napoli, e presso la Direzione degli Archivii, 4, Piazza Municipio.

Atti del quarto Congresso

della

Società Italiana di Laringologia d'Otologia e di Rinologia

Grosso Volume di pag. 365, contenent
76 lavori originali dei principali cultori delle spe
cialità in Italia.

Si spedisce franco di porto, contro carto
lina-vaglia di L. 8,00, indirizzata al Tesorier
della Società:

Dott. Cav. Francesco Egidi

Via di Pietra, 70 - **Roma**

Nuovi tubi di O' DWYER per l'intubazione nei bambini

Tubi di vulcanite con anima di metallo

NUOVA SERIE

Presso **Giorgio Ermold**, fabbricante di strumenti chirurgici, 312-31
East — Twenty - Second Street — in New York.

Prof. Sgobbo: ELETTRICITA MEDICA

(Elettrodiagnostica ed Elettroterapia)

Volume di 365 pagine con 105 figure

Prezzo . . . . L. 5,50

Ai Sigg. Abbonati . . . . » 4,50

Dirigere cartolina vaglia al *Prof. Sgobbo*

Piazza della Borsa, N.° 8.

RADIOGRAFIA E RADIOSCOPIA

Il prof. **Sgobbo** ha arricchito il suo Gabinetto Elettroterapico di tutti gli apparecchi necessari per la **Radiografia e Radioscopia.** Tutti gli apparecchi, compreso il grande rocchetto di 40 centm. di scintilla, sono trasportabili tanto in città, che in provincia.

La **Radiografia e Radioscopia** sono utilissime specialmente per la diagnosi dei corpi estranei in qualsiasi parte del corpo, delle fratture, delle alterazioni ossee (carie, ecc.)

RIVISTA INTERNAZIONALE D'IGIENE

e di specialità organo-opoterapiche

Anno XII — diretta dal Prof. **Eugenio Fazio** — Anno XII

Napoli — Larghetto S. Antonio a Tarsia, 28 — *Napoli*

Abbonamento alla Rivista

Interno, L. 12 annue, anticipate — Estero L. 14

Collezione intera della Rivista, 11 annate, L. 52

SALVATORE DOTT. MARANO

Medico Capo e Direttore dell' Ufficio Comunale d' Igiene di Salerno

PRONTUARIO

DI

PROPEDEUTICA SANITARIA

AD USO

degli Ufficiali Sanitarii, dei Veterinarii e dei Vigili Comunali

SALERNO

FRATELLI JOVANE DI GAET.

Tipografi-Editori

1901

FARMACIA F. ARENA

CON

Gabinetto di Chimica, Microscopia e Batteriologia

per Analisi applicate alla Clinica ed alla Igiene

Via Roma (già Toledo) 129 — Napoli

URINA. Relazione fisico-chimico-microscopica . . L. 10 —
ESPETTORATO, con la ricerca dei bacilli e delle fibre elastiche polmonari . . . L. 20 —
FECCE, con tutta la ricerca degli elementi formati . L. 20 —
SANGUE, con la distinzione dei globuli rossi e dosamento dell'emoglobina . . . L. 20 —

LATTE, con il dosamento di tutte le sostanze utili . L. 20 —
ACQUA. Ricerche batteriologiche e determinazione della sua purezza . . . . L. 150 —
RICERCHE uro-batteriologiche . . . . L. 50 —
Analisi applicate all'industria. Prezzo a convenirsi.

LIQUORE ARSENICALE FERRUGINOSO ARENA

Il Prof. Senatore *A. Cardarelli* ha dettato la formola per questo preparato che attiva la emopoiesi, combatte le più ostinate cloro-anemie ed è un potente rimedio contro la malaria ed i tumori di milza. Costa L. 2,00.

OSTIATICO ARENA

Rimedio tonico ricostituente, massime pei neuropatici e rachitici; raccomandato molto dai Prof. *E. De Renzi* e *F. Fede* — Costo L. 2,50.

Vendibile in tutte le principali Farmacie.

Fabbrica speciale di Capsule medicamentose molli e pepsinate

Capsule Terpina e creosoto raccomandate dai Prof. *Cardarelli, Capozzi* e *Massei* nelle malattie bronco-polmonari e la **bronco-alveolite** specifica	scat. L.	2,50
Capsule di Jodoformio in soluzione nell'essenza di **trementina** e balsamo peruviano	»	1,50
Capsule di Terpina	»	2,00
Capsule di Catrame di Norvegia	»	1,00
Capsule di Fenato di Soda (Formola *De Renzi*)	»	1,50
Capsule di Guaiacol	»	2,50
Capsule di Creosoto	»	1,00
Capsule di Trementina	»	0,85
Capsule d'ittiolo	»	2,50
Essenza di China e **Coca** prescritta dal Prof. *De Renzi, Capozzi e Fede*	flac.	2,50
Essenza di china **titolata**	»	2,00
Essenza di China e Cacao	»	2,50
Elixir di China all'arancio amaro	»	2,00
Fosfato liquido di calcio raccomandato dai Prof. *Cardarelli, Capozzi, De Renzi e Massei*	»	2,00
Jodina preparata dai Prof. *N. Reale* e *Arena*	»	3,00
Pastiglie di Idroclorato di Cocaina (Formola del Prof. *Massei*)	»	2,50
Sciroppo Iodo ferrato *Lebert*	»	3,00
Sciroppo di Joduro Ferroso	»	2,50
Sciroppo d'Ipofosfito di calcio preparato secondo la farmacopea	»	2,50

Acqua Minerale Naturale

DI

SANGEMINI

ITALIA (**Umbria**)

Digestiva

È da preferirsi
ad ogni altra
acqua alcalina
per le sue
sperimentate
virtù curative
e per la sua
gradevolezza
anche come
ACQUA
DA TAVOLA

Antiurica

Sola
fra le congeneri
ha meritata
la
Medaglia d'Oro
alla
Esposiz. di Torino
(1898)
il diploma di
onore
alle Esposizioni
di
Genova e Perugia
(1899)
e la
Medaglia d'Oro
all'Esposiz. d' Igiene
di Napoli
1900

Richieste e Schiarimenti
all'AMMINISTRAZIONE in SANGEMINI (Umbria)

MALATTIE DELLA GOLA E DELLA LARING

PASTICCHE HOUDÉ

AL CLORIDRATO DI COCAINA

Il **Cloridrato di Cocaina** agisce alla periferia dei nervi abolen la sensibilità delle mucose e della pelle.

Per l'anestesia che producono, le **Pasticche Houdé** alla cocai sono adoperate con successo costante per calmare, ed al tempo ste sopprimere il dolore nelle *malattie della bocca*, della *gola* e della *ringe*; sono efficacissime nella cura delle *stomatiti*, *gengiviti*, *farin amigdaliti acute*, nonchè nella *estinzione della voce*, nella *raucedin* nelle *angine*, nelle *ulcerazioni* e nelle *laringiti tubercolari* nonchè gli *accessi di tosse*.

Queste Pasticche guariscono le *irritazioni* semplici ed il *pruri della gola*, fortificano le corde vocali, e vengono perciò raccomanda agli *oratori*, ai *cantanti* e *professori*: sono pure indicate nelle *malatt dello stomaco* e specialmente dell'*esofago*, facilitando la deglutizi

DOSE — Tre milligrammi in ogni pasticca.

USO — Se ne fanno sciogliere in bocca da otto dieci al giorno.

DEPOSITO GENERALE PRESSO A. HOUDÉ

Laureato dell'Accademia di Medicina di Parigi — Premio Orfil

PARIGI — *29 Rue Albouy* — PARIGI

In NAPOLI, nella *Farmacia Luigi D'Emilio* (Farmacia Inter zionale e Via Roma 303).

In ROMA, nella *Farmacia Garnieri*.

In FIRENZE, nella *Farmacia Forini*, presso Piazza della S gnoria.

In MILANO, nella *Farmacia Brera*, N. 11 e 13, Via Fio oscuri.

In TORINO, nella *Farmacia Tarrico*.

Nonchè in tutte le accreditate Farmacie d'Italia.

Diffidare dalle imitazioni e prescrivere le vere **PASTICCHE HOUDÉ** *alla Cocaina*

Anno XXI | Ottobre 1901 | Fasc. 4.

ARCHIVII ITALIANI
DI
LARINGOLOGIA

PERIODICO TRIMESTRALE

Premiato due volte dal Consiglio Superiore e con due medaglie di bronzo
al Congresso Medico di Perugia (1885)
ed a quello di Pavia (1887)

FONDATO E DIRETTO

dal Dott. **FERDINANDO MASSEI**

Specialista per le malattie di naso e di gola
Professore Straordinario di Laringojatria nella R. Univers'
e Socio Ordinario della R. Accademia Medico-Chirurgica di Na

REDATTORE

Prof. **ALESSANDRO TRIFILETTI**

Coadiutore della Clinica Laringojatrica di Napoli

CON LA COLLABORAZIONE
di distinti cultori di Laringologia e Rinologia

CONDIZIONI DI ASSOCIAZIONE

Si pubblica un fascicolo di pagine 48 in 8°, ogni tre mesi, cioè in Gennaio, Aprile, Luglio ed Ottobre.

L'abbonamento è obbligatorio per un anno e costa L. 5 per l'Italia, L. 6 per l'Estero: pagamento anticipato.

Un fascicolo separato L. 2. Per le annate arretrate, prezzo a convenirsi.

Il miglior mezzo per abbonarsi è quello di spedire vaglia postale al Professore MASSEI, in Napoli, Piazza Municipio, 4.

Il talloncino vale come ricevuta.

I vecchi associati che non disdicono l'abbonamento e sono in regola coi pagamenti, s'intendono riconfermati per l'anno seguente.

Per le inserzioni a pagamento sulla copertina e l'acquisto della intera collezione del Giornale, dirigersi egualmente al Prof. MASSEI.

ANNO XXI - 1901

NAPOLI
TIPOGRAFIA FRANCESCO VELARDI
Largo Trinità Maggiore, 12

Dirigere vaglia, corrispondenza e manoscritti al prof. **F. Massei**, in *Napoli*, Piazza Municipio, 4.

SOMMARIO

PARTE ORIGINALE

Trifiletti A. — Rendiconto degli anni scolastici 1899-1900 e 1900-1901 (anni XIX e XX d'insegnamento) . . . pag. [illegible]
Martuscelli G. e Prota G. — Ricerche sperimentali ed istologiche sulla asfissia rapida per annegamento, con speciale riguardo alle prime vie respiratorie e dell'orecchio . . . » [illegible]
Geronzi G. — Sugli spasmi clonici faringo-stafilini con contributo allo studio della innervazione del velo . . . » [illegible]

RIVISTA DI OPERE E GIORNALI

Cerasó C. — Le malattie oculari in rapporto a quelle delle cavità nasali . . . » [illegible]
Moure E. J. — Ascessi tonsillari e peritonsillari. Diagnosi e cura » [illegible]
Botey R. — Echi clinici di una rino-laringologia . . . » [illegible]
Botey R. — Studi clinici sulla laringologia, la otologia e la rinologia . . . » [illegible]
Avellis G. — Su di una specie di emottisi tracheale . . . » [illegible]
Varia . . . » [illegible]

Di recente pubblicazione:

LA DIFTERITE

Sette lezioni dettate dal
Prof. **F. MASSEI**
e raccolte dal
DOTT. E. CALENDOLI
59 pagine, con 2 tavole cromo-litografiche.
Presso la Casa Editrice del
Cav. Dott. V. PASQUALE
NAPOLI
Prezzo L. 2,00

Sir Morell Mackenzie

IGIENE

DEGLI

ORGANI VOCALI

CON AGGIUNTE E NOTE
del Prof. F. MASSEI

NAPOLI, 1900

Prezzo	L. 3,60
Su carta distinta, legato all'inglese	„ 6,00

Presso **Carlo Preisig**, Editore Libraio, a Napoli, e presso la **Direzione di questo giornale**, 4, Piazza Municipio.

Prof. Sgobbo: ELETTRICITA' MEDICA

(Elettrodiagnostica ed Elettroterapia)

Volume di 365 pagine con 105 figure

Prezzo . . . . L. 5,50

Ai Sigg. Abbonati . . . . » 4,50

Dirigere cartolina vaglia al *Prof. Sgobbo*

Piazza della Borsa, N.° 8.

Nuovi tubi di O' DWYER per l'intubazione nei bambini

Tubi di vulcanite con anima di metallo

NUOVA SERIE

Presso **Giorgio Ermold**, fabbricante di strumenti chirurgici, 512-514 East — Twenty - Second Street — in New York.

RADIOGRAFIA E RADIOSCOPIA

Il prof. **Sgobbo** ha arricchito il suo Gabinetto Elettroterapico di tutti gli apparecchi necessari per la **Radiografia e Radioscopia.** Tutti gli apparecchi, compreso il grande rocchetto di 40 centm. di scintilla, sono trasportabili tanto in città, che in provincia.

La **Radiografia e la Radioscopia** sono utilissime specialmente per la diagnosi dei corpi estranei in qualsiasi parte del corpo, delle fratture, delle alterazioni ossee (carie, ecc.)

RIVISTA INTERNAZIONALE D'IGIENE

e di specialità organo-opoterapiche

Anno XII — diretta dal Prof. **Eugenio Fazio** — Anno XII

Napoli — Larghetto S. Antonio a Tarsia, 28 — *Napoli*

Abbonamento alla Rivista

Interno, *L.* 12 annue, anticipate — Estero L. 14

Collezione intera della Rivista, 11 annate, L. 52

SALVATORE DOTT. MARANO
Medico Capo e Direttore dell' Ufficio Comunale
d' Igiene di Salerno

PRONTUARIO
DI
PROPEDEUTICA SANITARIA
AD USO
degli Ufficiali Sanitarii, dei Veterinarii e dei Vigili Comunali

SALERNO
FRATELLI JOVANE DI GAET.
Tipografi-Editori
1901

FARMACIA F. ARENA

CON

Gabinetto di Chimica, Microscopia e Batteriologia

per Analisi applicate alla Clinica ed alla Igiene
Via Roma (già Toledo) 129 — Napoli

URINA. Relazione fisico-chimico-microscopica . . . L. 10 —
ESPETTORATO, con la ricerca dei bacilli e delle fibre elastiche polmonari . . . L. 20 —
FECCE, con tutta la ricerca degli elementi formati . L. 20 —
SANGUE, con la distinzione dei globuli rossi e dosamento dell'emoglobina . . . L. 20 —
LATTE, con il dosamento di tutte le sostanze utili . L. 20
ACQUA. Ricerche batteriologiche e determinazione della sua purezza . . . . L. 150 —
RICERCHE uro-batteriologiche . . . . L. 50 —
Analisi applicate all'industria. Prezzi convenirsi.

LIQUORE ARSENICALE FERRUGINOSO ARENA

Il Prof. Senatore *A. Cardarelli* ha dettato la formola per questo prepara che attiva la emopoiesi, combatte le più ostinate cloro-anemie ed è un poten rimedio contro la malaria ed i tumori di milza. Costa L. 2,00.

OSTIATICO ARENA

Rimedio tonico ricostituente, massime pei neuropatici e rachitici; raccoman dato molto dai Prof. *E. De Renzi* e *F. Fede* — Costo, L. 2,50.

Vendibile in tutte le principali Farmacie.

Fabbrica speciale di Capsule medicamentose molli e pepsinate

Capsule Terpina e creosoto raccomandate dai Proff. *Cardarelli*, *Capozzi* e *Massei* nelle malattie bronco-polmonari e la **bronco-alveolite** specifica . . . . scat. L.
Capsule di Jodoformio in soluzione nell'essenza di trementina e balsamo peruviano . . . . »
Capsule di Terpina . . . . »
Capsule di Catrame di Norvegia . . . . . . »
Capsule di Fenato di Soda (formola *De Renzi*) . . . . »
Capsule di Guaiacol . . . . »
Capsule di Creosoto . . . . »
Capsule di Trementina . . . . »
Capsule d'ittuolo . . . . »
Essenza di China e Coca prescritta dai Proff. *De Renzi*, *Capozzi e Fede* . . . . flac.
Essenza di china **titolata** . . . . »
Essenza di China e Cacao . . . . »
Elixir di China all'arancio amaro . . . . . . »
Fosfato liquido di calcio raccomandato dai Proff. *Cardarelli*, *Capozzi*, *De Renzi e Massei* . . . . »
Jodina preparata dai Proff. *N. Reale* e *Arena* . . . . . »
Pastiglie di Idroclorato di Cocaina (formola del Prof. *Massei*) »
Sciroppo Jodo-ferrato *Lebert* . . . . »
Sciroppo di Joduro ferroso . . . . »
Sciroppo d'Ipofosfito di calcio preparato secondo la farmacopea »

Acqua Minerale Naturale

DI

SANGEMINI

ITALIA (**Umbria**)

Digestiva

È da preferirsi
ad ogni altra
acqua alcalina
per le sue
sperimentate
virtù curative
e per la sua
gradevolezza
anche come
ACQUA
DA TAVOLA

Antiurica

Sola
fra le congeneri
ha meritata
la
Medaglia d'Oro
alla
Esposiz. di Torino
(1898)
il diploma di
onore
alle Esposizioni
di
Genova e Perugia
(1899)
e la
Medaglia d'Oro
all'Esposiz. d'Igiene
di Napoli
1900

Richieste e Schiarimenti
all'AMMINISTRAZIONE in SANGEMINI (Umbria)

MALATTIE DELLA GOLA E DELLA LARINGE

PASTICCHE HOUDÉ

AL CLORIDRATO DI COCAINA

Il **Cloridrato di Cocaina** agisce alla periferia dei nervi abol[...] la sensibilità delle mucose e della pelle.

Per l'anestesia che producono, le **Pasticche Houdé** alla [...] sono adoperate con successo costante per calmare, ed al tempo [...] sopprimere il dolore nelle *malattie della bocca*, della *gola e della la-ringe*; sono efficacissime nella cura delle *stomatiti*, *gengiviti*, *faring[...]* *amigdaliti acute*, nonchè nella *estinzione della voce*, nella [...] nelle *angine*, nelle *ulcerazioni*, nelle *laringiti tubercolari* e [...] *cessi di tosse*.

Queste Pasticche guariscono le *irritazioni* semplici ed il *pru[...]* *della gola*, fortificano le corde vocali, e vengono perciò raccoman[...] agli *oratori*, ai *cantanti* e *professori*: sono pure indicate nelle *mal[...]* *dello stomaco*, specialmente dell'*esofago*, facilitando la deglutizione.

DOSE — Tre milligrammi in ogni pasticca.

USO — Se ne fanno sciogliere in bocca da otto [...] dieci al giorno.

DEPOSITO GENERALE PRESSO A. HOUDÉ

Laureato dell'Accademia di Medicina di Parigi — Premio [...]

PARIGI — 29 *Rue Albouy* — PARIGI

In NAPOLI, nella *Farmacia Luigi D'Emilio* (Farmacia Interna-zionale e Via Roma 303).

In ROMA, nella *Farmacia Garnieri*.

In FIRENZE, nella *Farmacia Forini*, presso Piazza della Si-gnoria.

In MILANO, nella *Farmacia Brera*, N. 11 e 13, Via Fio-oscuri.

In TORINO, nella *Farmacia Tarrico*.

Nonchè in tutte le accreditate Farmacie d'Italia.

Diffidare dalle imitazioni e prescrivere le vere **PASTICCHE HOUDÉ** *alla Cocaina*

Anno XX Gennaio 1900 Fasc. I.

ARCHIVII ITALIANI
DI
LARINGOLOGIA

PERIODICO TRIMESTRALE

Premiato due volte dal Consiglio Superiore e con due medaglie di bronzo
al Congresso Medico di Perugia (1885)
ed a quello di Pavia (1887)

FONDATO E DIRETTO

dal Dott. **FERDINANDO MASSEI**

Specialista per le malattie di naso e di gola
Professore Straordinario di Laringojatria nella R. Università
e Socio Ordinario della R. Accademia Medico-Chirurgica di Napoli

REDATTORE

Prof. **ALESSANDRO TRIFILETTI**

Coadiutore della Clinica Laringojatrica di Napoli

CON LA COLLABORAZIONE
di distinti cultori di Laringologia e Rinologia

CONDIZIONI DI ASSOCIAZIONE

Si pubblica un fascicolo di pagine 48 in 8°, ogni tre mesi, cioè in Gennaio, Aprile, Luglio ed Ottobre.

L'abbonamento è obbligatorio per un anno e costa L. 5 per l'Italia, L. 6 per l'Estero: pagamento anticipato.

Un fascicolo separato L. 2. Per le annate arretrate, prezzo a convenirsi.

Il miglior mezzo per abbonarsi è quello di spedire vaglia postale al professore MASSEI, in Napoli, Piazza Municipio, 4.

Il talloncino vale come ricevuta.

I vecchi associati che non disdicono l'abbonamento e sono in regola coi pagamenti, s'intendono riconfermati per l'anno seguente.

Per le inserzioni a pagamento sulla copertina e l'acquisto della intera collezione del Giornale, dirigersi egualmente al prof. MASSEI.

Conto corrente con la Posta.

Dirigere vaglia, corrispondenze e manoscritti al Prof. **F. Massei**, in *Napoli*, Piazza Municipio, 4.

ANNO XX - 1900

NAPOLI
TIP. FRANCESCO VELARDI
Largo Tarsia 9.

SOMMARIO

PARTE ORIGINALE

MARTUSCELLI G. — Ricerche sperimentali sui bulbi olfattivi . . . pag. 1
PROTA G. — Tubercolosi vegetante del naso . . . . . » 16
TANTURRI D. — Sulla tubercolosi della lingua . . . . » 23
TRIFILETTI A. — Lesioni parasifilitiche o post-sifilitiche della laringe? . . . . » 33
GERONZI G. — Un caso singolare di afonia spastica . . . » 40

RIVISTA DI OPERE E GIORNALI

NATIER M. — Le epistassi spontanee, a ripetizione . . . pag. 45
MOURE E. J. — Cura dei tumori maligni delle fosse nasali » 46
FERRERI G. — Fibro-sarcoma del seno sfenoidale . . . » 46
GARBINI G. — L'ipertrofia dell'amigdala faringea (vegetazioni adenoidi nelle provincie di Messina e Reggio Calabria . » 47
DE DOVITIIS — Pinza emostatica per le tonsille . . . » 48
GAGNONI E. — Di tre gravi casi di difterite guariti con l'iniezione nelle vene di siero antidifterico . . . . . » 49
SARGNON A. — Intubazione e tracheotomia, all'infuori del crup, nel bambino e nell'adulto . . . . » 51
BOTEY R. — Le malattie della voce nei cantanti e la loro cura . . . . » 53
Varia . . . . » 55
Necrologie . . . . » 56

LIBRI VENUTI IN DONO

Sargnon dott. A. — Tubage et trachéotomie en dehors du croup chez l'enfant et chez l'adulte. Lyon, 1900.

Natier dott. M. — Epistaxis spontanées (à répétition). Paris, 1899.

Calamida dott. U. — Sulla presenza di corpi fuxinofili o forme blastomicetiche nella tonsilla faringea. Torino, 1899.

— Sulla fine distribuzione dei nervi nelle tonsille. Torino, 1899.

— Resoconto statistico dal 1.° giugno 1895 al 31 dicembre 1898 della Sezione Otologica del Policlinico Generale di Torino diretto dal prof. G. Gradenigo. Torino, 1899.

Forns. — Lectura en la imagen laringoscopica del funcionalismo elemental de cada uno de los musculos intrinsecos de la laringe y clave del enigma de quel el crico-tiroideo reciba peculiar innervacion. Madrid, 1899.

— Discurso preliminar à la presentacion de una coleccion de doscientas preparaciones de histologia topografica normal, de laringe y trachea, que comprende desde el borde libre de la epiglotis hasta la trachea inclusive. Madrid, 1899.

— Discurso preliminar à la presentacion de 150 preparaciones de Histologia topografica de oido externo y medio. Madrid, 1899.

— Contribucion al estudio del tegumento que reviste las diversas cavitades del oido medio, con presentacion de cien preparaciones histologicas, que prueban todo cuanto sostiene el exponente. Madrid, 1899.

— Casuistica clinica que demuestra la indipendencia de las cámaras tubarica y attico mastoidea del oido medio. Madrid, 1899.

Cobb dott. F. — Peritonsillar abscess. Boston, 1899.

St. Clair Thomson, Hill and Halliburton. — Observations on the cerebro spinal fluid in the human subject. 1899.

Max Scheier — Zur Section des Nasen-Rachenraums. Berlin, 1899.

— De l'ossification du Larynx. 1898.

— Roentgenuntersuchung in der Rhino-Laringologie.

Gouguenheim prof. A. — Statistique de la clinique des maladies du larynx, du nez et des oreilles, de l'hôpital Lariboisière pendant l'année 1898 et le premier semestre 1899. Paris, 1899.

ANKELEVITCH dott. S. — De la fréquence de la surdité chez les enfants de ses causes, de ses effets et de sa curabilité. Paris, 1899.

— Un cas de parakynésie des cordes vocales avec aphonie très prononcée et troubles respiratoires graves simulant une sténose du larynx et de la trachée. 1899

— Des végétations adenoïdes chez l'adulte; un cas d'adenoïdite avec poussées aigües accompagnées d' hémorragie et de laryngite sèche. 1899.

SCHADLE dott. J. E. — Accessory thyroid tumors at base of tongue. Chicago, 1899.

INGERSOLL dott. J. — Benign laryngeal tumors. St. Louis, 1899.

GARBINI dott. G. — Lesioni dell'attico nelle otiti medie purulenti acute e croniche. Messina, 1899.

— L'ipertrofia dell' amigdala faringea (vegetazioni adenoidi) nelle provincie di Messina e di Reggio Calabria. Torino, 1899.

— Contributo allo studio della tubercolosi dell' orecchio medio. Torino, 1899.

GOODALE and HERVES — A case of isolated urticaria of the tongue, associated with achlorhydria 1899.

GOODALE dott. I. L. — Acute suppurative processes in the faucial tonsils. 1899.

HUDSON MAKUEN dott. G. — Exibition of a case of stammering, with demonstration of the methods employed in treatment, 1899

— Value of muscle training in treatment of vocal defects. Chicago, 1899

MASIP dott. J. A. — Las otitis medias en los enfermos de rinitis atrófica Barcelona, 1899.

LERMOYEZ dott. M. — De la non ingérence du nerf facial dans la paralysie du voile du palais. Paris, 1898.

— Le traitement atropo-strychnique de l'hydrorrhée nasale. Paris, 1899.

— Un cas de menstrution par l'oreille droite. Paris, 1899.

— La contagion des otites moyennes aigues. Paris, 1899.

MOURE prof. E. J. — Traitement des tumeurs malignes des fosses nasales. 1899.

ABATE prof. C. — Vertigine afasica. Firenze, 1899.

Cox dott. G. — Some points in the diagnosis of the more common forms of nasal obstruction. 1899.

FERRERI prof. G. — Gravi complicazioni peri-ed endocraniche a decorso cronico consecutive alle otiti acute, Torino 1899.

La redazione ringrazia sentitamente i cortesi donatori

FARMACIA F. ARENA

CON

Gabinetto di Chimica, Microscopia e Batteriologia

per Analisi applicate alla Clinica ed alla Igiene

Via Roma (già Toledo) 129 — Napoli

Per norma degli egregi Signori Medici trascrivo qui l'elenco delle analisi delle quali più particolarmente mi occupo nei miei gabinetti, coi rispettivi onorari, nel caso che mi credessero degno di un comando.

Analisi applicate alla Clinica ed alla Igiene	
URINA. Relazione fisico-chimico-microscopica . . L.	10 —
ESPETTORATO, con la ricerca dei bacilli e delle fibre elastiche polmonari . . . L.	20 —
FECCE, con tutta la ricerca degli elementi formati . L.	20 —
SANGUE, con la distinzione dei globuli rossi e dosamento dell'emoglobina . . . L.	20 —
LATTE, con il dosamento di tutte le sostanze utili . L.	20 —
ACQUA. Ricerche batteriologiche e determinazione della sua purezza . . . . L.	150 —
RICERCHE uro-batteriologiche . . . . L.	50 —

Analisi applicate alle arti ed alle industrie	
VINO. Determinaz. dell'alcool L.	5 —
id. Id. delle materie color. L.	10 —
id. Id. delle materie saline L.	5 —
id. Id. dell'estratto secco, processi per stufa e per densità indiretta . . . . . . L.	10 —
STUDIO delle ceneri per sostanze estranee fisse. . L.	20 —
NOCCIUOLI e SEMI. Determinazione delle materie grasse L.	20 —
SANGUE. Determinazione dell'azoto per industria . L.	20 —
VISCOSITÀ degli olii minerali . . . . L.	20 —

Sostanze alimentari in genere e qualunque altra analisi non compresa nel quadro, onorarii da convenirsi.

SPECIALITÀ PIÙ IMPORTANTI

DELLA

FARMACIA F. ARENA

preparate nel laboratorio proprio

Fosfato liquido di calcio, utilissimo per la somministrazione, massime ai bambini	L. 2 — flac.
Elixir di China all'arancio amaro, ottimo tonico ricostituente .	» 2 — »
Capsule di jodoformio, essenza di trementina e balsamo peruviano	» 1,50 scat.
Capsule di fenato di soda	» 1,50 »
Capsule di catrame, jodoformio, ecc.	» 1,50 »
Capsule di terpina e cresoto	» 3 — »

JODINA.

Preparata dai Prof. N. REALE e F. ARENA

Potente disinfettante interno; attiva il ricambio materiale e giova molto nella gotta, nell'obesità, nella renella e calcolosi urica, ed in tutte le malattie infettive. Richiedere alla farmacia *L. Scarpitti*, Napoli la circolare in proposito.

RIVISTA INTERNAZIONALE D'IGIENE

E DI SPECIALITA' ORGANO-OPOTERAPICHE

XI Anno

Direttore prop.: Dott. **EUGENIO FAZIO**

colla collaborazione dei più chiari igienisti italiani e stranieri.

Si pubblica a fascicoli una volta al mese.

Abbonamento annuo anticipato, L. 12 — Estero, L. 14

NAPOLI — *Larghetto S. Antonio a Tarsia, 28* — NAPOLI

Agli abbonati: il **Manuale di Opoterapia** per Lire **3.**

Nuovi tubi di O' DWYER per l'intubazione nei bambini

Tubi di vulcanite con anima di metallo.

NUOVA SERIE

Presso **Giorgio Ermold**, fabbricante di strumenti chirurgici, 312-314, East Twenty-Second Street in New York.

La Libreria Editrice Renzo Streglio (Torino — Galleria Subalpina) in seguito alle innumerevoli e continue richieste metterá alla luce, fra poco, la **2.ª edizione riveduta** del volume (da tempo esaurito) di **Giovanni Cena,** dal titolo:

MADRE

al prezzo popolare di **lire una.**

AI SORDI

Una ricca donna, che é stata guarita da sordità e zufolamenti d'orecchi a mezzo dei Timpani artificiali del Dott. Nicholson, ha rimesso al suo istituto la somma di Lire 25,000 affinché le persone sorde, che non hanno i mezzi di procurarsi questi Timpani, possano averli gratuitamente. Indirizzarsi all' **Istituto Nicholson, " Longcott " Gunnersbury, Londra, W.**

MALATTIE DELLA GOLA E DELLA LARINGE

PASTICCHE HOUDÉ

AL CLORIDRATO DI COCAINA

Il **Cloridrato di Cocaina** agisce alla periferia dei nervi abolendo la sensibilità delle mucose e della pelle.

Per l'anestesia che producono, le **Pasticche Houdé** alla *cocaina* sono adoperate con successo costante per calmare, ed al tempo stesso sopprimere il dolore nelle *malattie della bocca*, della *gola* e della *laringe*; sono efficacissime nella cura delle *stomatiti*, *gengiviti*, *faringiti acute*, *amigdaliti*, nonchè nella *estinzione della voce*, nella *raucedine*, nelle *angine*, nelle *ulcerazioni o laringiti tubercolari* e negli *accessi di tosse*.

Queste Pasticche guariscono le *irritazioni* semplici ed il *prurito della gola*, fortificano le corde vocali e vengono perciò raccomandate agli *oratori*, *cantanti* e *professori*: sono pure indicate nelle *malattie dello stomaco* e specialmente dell'*esofago*, facilitando la deglutizione.

DOSE — Tre milligrammi in ogni pasticca.

USO — Se ne fanno sciogliere in bocca da otto a dieci al giorno.

DEPOSITO GENERALE PRESSO A. HOUDÈ

Laureato dell'Accademia di Medicina di Parigi — PREMIO ORFILA

PARIGI — *29 Rue Albouy* — PARIGI

In NAPOLI, nella *Farmacia Luigi D'Emilio* (Farmacia Internazionale e Via Roma 303).

In ROMA, nella *Farmacia Garnieri*.

In FIRENZE, nella *Farmacia Forini*, presso Piazza della Signoria.

In MILANO, nella *Farmacia Brera*, N. 11 e 13, Via Fiori oscuri.

In TORINO, nella *Farmacia Tarrico*.

Nonchè in tutte le accreditate Farmacie d'Italia.

Diffidare dalle imitazioni e prescrivere le vere **PASTICCHE HOUDÈ** *alla Cocaina*

HIC
.919

D. HOLZER
BINDER
BOSTON, MASS.

3 2044 103 041 315